



Prendre soin de sa population. Le sida au Botswana, entre politiques globales du médicament et pratiques locales de citoyenneté

Fanny Chabrol

► To cite this version:

Fanny Chabrol. Prendre soin de sa population. Le sida au Botswana, entre politiques globales du médicament et pratiques locales de citoyenneté. Sociologie. Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales (EHESS), 2012. Français. NNT: . tel-00766707v2

HAL Id: tel-00766707

<https://theses.hal.science/tel-00766707v2>

Submitted on 3 Apr 2013

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

ÉCOLE DES HAUTES ÉTUDES EN SCIENCES SOCIALES – PARIS

École doctorale de sciences sociales

Discipline : Sociologie

Prendre soin de sa population

Le sida au Botswana

entre politiques globales du médicament et pratiques locales de citoyenneté

Thèse pour le grade de docteur de l'EHESS

Présentée et soutenue publiquement par

Fanny Chabrol

sous la direction de Didier Fassin

le 25 octobre 2012

Composition du jury :

Laetitia Atlani-Duault, directrice de recherche à l'IRD, rapporteur

Maurice Cassier, directeur de recherche au CNRS

Fred Eboko, chargé de recherche à l'IRD

Didier Fassin, professeur à l'Institut d'Étude Avancée de Princeton, directeur d'études à l'EHESS, directeur

Guillaume Lachenal, maître de conférences à l'Université Paris 7 Diderot

Vinh-Kim Nguyen, professeur agrégé à l'Université de Montréal, rapporteur

Prendre soin de sa population

Le sida au Botswana

entre politiques globales du médicament et pratiques locales de citoyenneté

Thèse préparée au sein de l'Institut de recherche interdisciplinaire sur les enjeux
sociaux – Sciences sociales, Politique, Santé (IRIS)
Unité mixte de recherche EHESS-CNRS-Inserm-Université Paris 13 (UMR 8156- U997)

190-198 avenue de France, 75244 Paris cedex 13

<http://iris.ehess.fr/>

Contact: fannychabrol@gmail.com

Résumé

Au début des années 2000 le Botswana est le pays du monde qui connaît le plus haut niveau de séroprévalence du VIH. Dans le même temps sa politique d'accès aux médicaments est érigée en modèle de prise en charge de la maladie par les instances internationales. Produit d'une histoire dans laquelle le nationalisme et le paternalisme ont conduit à une forme originale de pouvoir pastoral, la politique de soin à l'égard des malades du sida est devenue le symbole de la bienfaisance de l'État. Cette politique a été rendue possible par le soutien de l'industrie pharmaceutique, de la recherche biomédicale états-unienne et des fondations philanthropiques convergeant vers un pays qui offre des opportunités et des garanties pour l'intervention biomédicale sur le sida. La politique d'accès aux soins est également inscrite au cœur d'une citoyenneté qui n'est pas seulement « biologique », mais qui intègre une dimension politique fondée sur un double processus d'inclusion des nationaux et d'exclusion des étrangers. La thèse porte sur cette configuration à la fois unique pour sa situation historique et exemplaire pour la compréhension qu'elle permet des politiques contemporaines de santé publique en Afrique. La recherche a été réalisée à partir d'une ethnographie des pratiques de soin à l'hôpital Princess Marina à Gaborone, conjuguée à des entretiens avec des soignants, des patients et des responsables de santé publique et à une enquête sociohistorique des politiques de santé et des enjeux scientifiques. Une sociologie politique de la santé publique et de l'État au Botswana est ainsi proposée, entre dynamiques politiques de reconfiguration de la citoyenneté et une économie politique globale d'un continent marqué par son attractivité pour l'intervention biomédicale internationale.

Mots-clés: Sida – ethnographie – santé publique – recherche biomédicale – coopération internationale – économie politique – citoyenneté – Afrique subsaharienne – Botswana

Abstract

In the beginning of the 2000s Botswana was the country with the highest HIV prevalence in the world. At the same time, Botswana was touted as a model by international organisations for the fight against AIDS and access to free antiretroviral treatments. This doctoral research is based on ethnographic fieldwork at Princess Marina hospital in Gaborone and among patients, health care professionals and public health officers, throughout 2007 and 2009. Access to ARV is described as a set of care practices and public policies understood within a socio-political and historical framework. The fight against AIDS is the product of a particular form of nationalism, paternalism, and political benevolence from the State. By analysing national imagination and public health policies, this research demonstrates that free ARVs are conceived as an entitlement for citizens and administered through a process that redefines the boundaries of the national and moral community, characterised by tensions over power relations, gender and social inequalities and the exclusion of migrants. Besides, the politics of AIDS is also described as the outcome of international biomedical research and pharmaceutical philanthropy. Indeed, this research shows that access to free medication was made possible through the constitution of Botswana as an attractive site for international biomedical research and the tensions that arise thereof. In short, this dissertation is a sociological research of contemporary public health and international medical cooperation in Africa.

Key-words: AIDS – public health – ethnography –biomedical research – international cooperation – political economy – citizenship – Sub-Saharan Africa – Botswana

*A Claudine Chabrol-Duflo, ma mère
à Jean-Pierre Chabrol, mon père
à Bernard Duflo, mon oncle
à Moussa Keïta dit Tati, mon père adoptif,*

*partis trop tôt,
je dédie ce travail qui leur ressemble*

Remerciements

La thèse est autant le fruit d'une enquête empirique que d'un parcours professionnel et scientifique. De nombreuses personnes m'ont accueillie et guidée sur le terrain, dans l'apprentissage de techniques, et au cœur d'engagements variés avec la sociologie et l'anthropologie de la santé publique en Afrique.

Je suis très reconnaissante à Didier Fassin, mon directeur de thèse, d'avoir accompagné de près mon travail et permis son achèvement. Il en a suivi toutes les étapes, à l'écoute des questionnements et des doutes. En prodiguant des conseils justes et mesurés, en encourageant mes activités d'animation de la recherche, il m'a fait advenir en tant que chercheuse. Je le remercie sincèrement.

Je remercie vivement les membres du jury d'avoir accepté de lire, de discuter et d'évaluer ce travail.

Fred Eboko a une grande responsabilité dans ce travail. A une première prise de contact en 2003, il répondit par un enthousiasme sans précédent qui ne s'est jamais démenti. Je le remercie pour sa disponibilité à toute épreuve, son engagement que j'admire.

Je remercie également Daniel Bourmaud, qui a dirigé mon DEA de science politique à la Sorbonne et m'a encouragée sur la voie d'une sociologie de l'État en Afrique et d'une approche de l'épidémie de VIH/sida en relations internationales.

Pour avoir autorisé que cette recherche soit menée j'adresse mes remerciements aux membres du comité d'éthique du ministère de la Santé, en particulier à Sheenaz El-Halabi responsable du Health and Research Unit pour sa disponibilité et ses conseils, ainsi qu'à son successeur M. Khulumani.

Je remercie vivement les soignants, les patients et les responsables de l'hôpital Princess Marina qui m'ont laissée observer les activités quotidiennes de cet hôpital : le responsable du service des Urgences Dr Nguni puis Dr Nurudinh, le directeur de l'hôpital M. Malefho, la surveillante générale du centre ARV, Mma Pula. Ma gratitude toute particulière au Dr Howard Moffat de m'avoir accordé sa confiance et raconté son expérience et au Dr Alma, pour son accueil au centre ARV en 2007 et l'intérêt porté à mon travail depuis.

Au département de sociologie de l'université du Botswana et au sein du projet Schapera, je remercie chaleureusement Godisang Mookodi, Treasa Galvin, Sethunya Mosime pour leur accueil et leur générosité. Treasa Galvin a eu un rôle tout particulier d'écoute, d'échanges, de témoignage sur l'anthropologie au Botswana. Ses conseils ont été précieux tout comme son intérêt pour mon travail à chaque séjour. Merci également à Christine Stegling pour son accueil à BONELA. L'Ambassade France à Gaborone a également apporté un appui logistique au projet, grâce à Natacha Milon, ainsi que Odile

Dayak puis Francine Meyer à la tête du Service de Coopération et d'Action Culturelle.

A Gaborone, j'ai eu la chance d'effectuer mon enquête en même temps que Julie Livingston, historienne et anthropologue qui m'a aidée à surmonter certaines difficultés éthiques et méthodologiques de l'enquête à l'hôpital Princess Marina.

Si j'ai pu mener mes recherches au Botswana, dès le début c'est en grande partie grâce à Divine Fuh. En m'accueillant sur le campus à Gaborone en 2004, il m'a ouvert les portes de l'Université de Gaborone et du Projet Schapera. Il est le premier d'une galaxie de jeunes chercheurs dont les échanges m'ont tant apporté.

Je suis très reconnaissante aux institutions qui ont soutenu financièrement ma recherche. Mon premier séjour de terrain en 2004 fut financé par l'Institut Français d'Afrique du Sud (IFAS) à Johannesburg ainsi que deux autres missions par la suite : merci à ses directrices Aurélia Wa-Kabwe Segatti et Sophie Didier. Le soutien décisif vint de l'Agence Nationale de Recherches sur le sida (ANRS) qui m'a octroyé une allocation de recherche doctorale puis de Sidaction qui a m'a attribué un Financement Jeune Chercheur pour la quatrième année de ma thèse. Au-delà de ces deux allocations, j'ai trouvé auprès de ces institutions des acteurs à l'écoute, intéressés par les travaux et les réflexions des jeunes chercheurs. Je remercie en particulier Véronique Doré, interlocutrice remarquable à l'ANRS tout comme Brigitte Bazin et Laurence Quinty. A Sidaction, Veronica Nosedá et Vincent Douris ont été des partenaires enthousiastes de nos recherches et de nos quêtes de dialogue. Du Conseil national du Sida à Sidaction, je remercie Marc Dixneuf, fervent politiste de la lutte contre le sida. A l'Inserm comme à AIDES, Bruno Spire, est un modèle d'engagement et de rigueur dans le champ de la recherche sur le sida.

Mon travail de recherche est profondément marqué par le souci d'une réflexivité engagée dans le dialogue avec les pairs et les acteurs impliqués (associations, institutions). Autour de cet objectif partagé nous nous sommes retrouvés à trois, dix, vingt et aujourd'hui plus de quatre-vingt au sein du réseau de Jeunes chercheurs Sciences sociales et VIH/sida créé collectivement en juin 2008 avec le soutien du réseau Jeunes chercheurs Santé et société, de l'ANRS et de Sidaction. Ce réseau n'a cessé d'être un cadre stimulant d'échanges et de professionnalisation. Dans le cadre des activités que nous avons organisées, j'ai apprécié de travailler avec Gabriel Girard, William Tchuinkam, Sandrine Musso, Fabienne Héjoaka, Joseph Larmarange, ainsi que les chercheurs qui ont toujours répondu présent pour participer à nos discussions en particulier Frédéric Le Marcis, Fred Eboko, Bruno Spire et Janine Pierret.

Au sein du Réseau de Jeunes chercheurs Santé et Société comme à la direction de l'Institut de recherches interdisciplinaires sur les enjeux sociaux, Marc Bessin encourage une vision collective de la recherche et un soutien marqué aux doctorants. Un grand merci Marc Bessin et à Didier Fassin à qui il a succédé à la direction du Réseau de Jeunes chercheurs santé et société. Tous deux m'en ont confié la coordination qui fut, notamment aux côtés de Janina Kehr, une expérience très riche.

Je suis reconnaissante à l'ensemble des membres de mon laboratoire pour les espaces de discussion,

le soutien bien spécifique qu'y trouvent les doctorants et la disponibilité de ceux qui le font vivre : outre D. Fassin et M. Bessin, un grand merci à Estelle Girard, à Emilie Jacquemot, à Anne-Claire Baratault et à une ribambelle de collègues en or, depuis le début de la thèse notamment les « anciens » : Frédéric Le Marcis, Samuel Lézé, Estelle d'Halluin, Paula Vazquez, Leïty Mbodj, auprès de qui j'ai atterri au CRESO (devenu l'Iris). Les rencontres avec Carolina Kobelinsky, Sarah Mazouz, Sébastien Roux, Julieta Grinberg, Carolina Rojas et Janina Kehr m'ont apporté bien plus que des échanges professionnels : des amitiés solides. Grâce à l'Iris, j'ai bénéficié d'un accueil à la Maison des Sciences de l'Homme Paris Nord tout au long de la thèse : un cadre de travail et d'échanges à la fois amical et très structurant.

J'ai eu la chance inouïe d'avoir pu mener, avec le même engagement, l'activité solitaire de recherche et de rédaction et un travail collectif empreint d'une collégialité à tout épreuve. Tout d'abord grâce Gabriel Girard, un collègue hors pair ! La route empruntée ensemble a été riche et inoubliable : les réflexions, les réunions et les séminaires jusqu'à la publication d'un livre. Janina Kehr, aux côtés de qui je commençais véritablement la rédaction de la thèse, *alter ego* et amie jusqu'au bout de cette traversée. Moritz Hunsman, compagnon de route (Gaborone, Washington), d'écriture et de projets ! Julie Castro, *n'terimuso*, pour le partage de la chambre au Trinity College, les rires et bien-sûr les relectures ciselées de la fin août.

Dans ce parcours d'élaboration de la thèse, il y a des « déclics », qui viennent parfois d'une personne à qui à qui l'on ose confier des parties inachevées. Laetitia Atlani-Duault eut ce rôle et je la remercie sincèrement pour le déblocage de l'été 2011, pour les échanges qui s'en sont suivis et les collaborations à venir. Un grand merci à Guillaume Lachenal pour sa lecture critique du chapitre sur la recherche scientifique. Son appréciation compte beaucoup. Je suis très reconnaissante également à Vinh-Kim Nguyen, pour un échange enthousiasmant avant le terrain, alors qu'il était professeur invité à l'Iris et pour la discussion d'une communication que j'ai effectuée à Leipzig quelques années après. Plus récemment, la rencontre avec Richard Rottenburg et Wenzel Geissler, à Leipzig puis à Halle, ont donné du souffle à certains développements. Je remercie W. Geissler pour son invitation à venir présenter dans son séminaire à Londres.

Un grand merci à l'équipe « Environnement, Systèmes de santé et Maladies transmissibles » de l'UMR Sciences Economiques et sociales de la Santé à Marseille : Jean-Paul Moatti, Bruno Spire, Laurent Vidal, Laetitia Atlani-Duault et Fred Eboko qui m'ont accordé leur confiance en m'associant à l'élaboration d'un projet de recherche.

Parmi mes relectrices – qui ont fait bien plus que relire ! – Livia Velpry mérite une belle révérence, l'introduction et la conclusion de la thèse lui doivent beaucoup. Soline Nivet, dont j'admire le talent d'écriture l'a partagé en s'immergeant dans mon ethnographie. Irene Pochetti m'a gratifiée de suggestions judicieuses. Mathilde Couderc a posé un regard attentif aux questions liées à la recherche clinique. Merci à Eve Bureau pour sa lecture enthousiaste. Et bien entendu Bastien Nivet, courageux relecteur estival de l'ensemble de la thèse.

A Jean, Louise et Marthe, pour leurs questions et l'intérêt porté à mes recherches: cela m'a sincèrement permis d'avancer. A Anna, ma fille, qui m'a tant charriée avec la thèse (la chaise !) et à Robin, mon fils, arrivé au tout début de l'écriture.

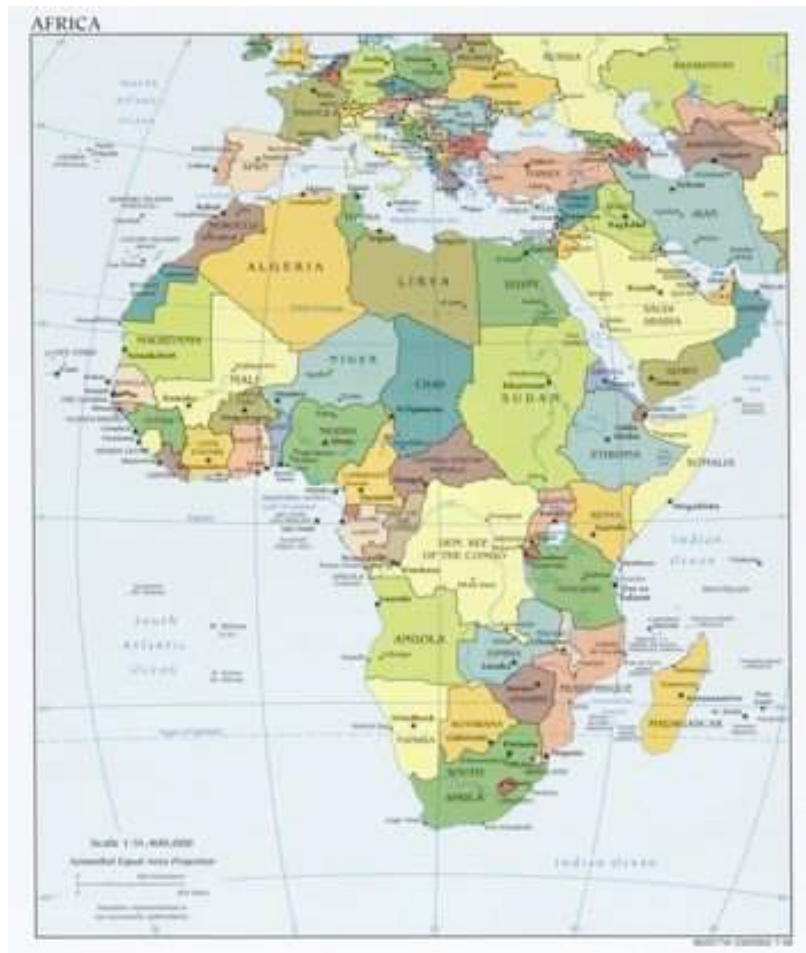
A Marie, ma sœur, à mes côtés, toujours. A Jeanne, qui y croit dur comme fer.

Sans Bastien je n'aurais pu ni commencer, ni finir cette thèse. De Gaborone à Paris, Miauzay et Pont de Rastel, sa présence ... et ses absences ! des week-ends entiers à se balader avec les enfants pour que je puisse (en) finir : un merci inconditionnel.

Sommaire

INTRODUCTION GENERALE	23
PREMIERE PARTIE : L'INSCRIPTION HISTORIQUE ET POLITIQUE DE LA LUTTE CONTRE LE SIDA	53
CHAPITRE 1 – POUVOIRS, NATION ET SANTE PUBLIQUE, DU 19 ^E A LA FIN DU 20 ^E SIECLE	57
CHAPITRE 2 – L'ÉTAT BOTSWANAIS FACE AU VIH/SIDA JUSQU'EN 2000: DE L'IMPUISSANCE THERAPEUTIQUE A L'URGENCE NATIONALE	83
CHAPITRE 3 – LA STRUCTURATION DE LA COOPERATION INTERNATIONALE POUR L'ACCES AUX MEDICAMENTS ANTIRETROVIRAUX AU BOTSWANA	115
DEUXIEME PARTIE : RECHERCHE BIOMEDICALE ET POLITIQUE DE SANTE PUBLIQUE FACE AU SIDA	139
CHAPITRE 4 – RECHERCHE SCIENTIFIQUE ET ACCES AUX MEDICAMENTS ANTIRETROVIRAUX	151
CHAPITRE 5 – L'ECONOMIE POLITIQUE DU TRAITEMENT DU SIDA: L'ATTRACTIVITE CONTEMPORAINE DU CONTINENT AFRICAIN	183
TROISIEME PARTIE : MEDICAMENTS ET CITOYENNETE	221
CHAPITRE 6 - L'ACCES AUX ANTIRETROVIRAUX A L'HOPITAL PRINCESS MARINA DE GABORONE	227
CHAPITRE 7 – LA PRISE EN CHARGE DES FEMMES A L'HOPITAL EN TEMPS DE SIDA	251
CHAPITRE 8 – IMAGINATION NATIONALE ET SANTE PUBLIQUE	287
CONCLUSION GENERALE	323
BIBLIOGRAPHIE	335
ANNEXES	359
TABLE DES MATIÈRES	409

Cartes



Carte 1. Le continent africain

Source : Texas University Library Map Collection ; www.lib.utexas.edu/maps/



Carte 2. Le Botswana contemporain

Source : Texas University Library Map Collection, www.lib.utexas.edu/maps/

Abréviations

AAI	Accelerated Access Initiative
ACHAP	African Comprehensive HIV/AIDS Partnerships
ANRS	Agence Nationale de Recherches sur le Sida et les hépatites
ARV	Antirétroviraux
BAIS	Botswana AIDS Impact Survey
BHP	Botswana Harvard Partnership
CDC	Centers for Disease Control (Atlanta, États-Unis)
CSO	Central Statistics Office (Botswana)
DAI	Drug Access Initiative
FMI	Fonds Monétaire International
HAI	Harvard AIDS Institute
HSPH	Harvard School of Public Health
IAS	International AIDS Society
IHS	Institute for Health Sciences
IMEA	Institut de Médecine et d'Épidémiologie Avancées
HAART	Highly Active Antiretroviral Therapy
LMS	London Missionary Society
LSTMH	London School of Tropical Medicine and Hygiene
KITSO	Knowledge Innovation and Training Shall Overcome AIDS
NDP	National Development Plan
MFDP	Ministère des finances et de la Planification pour le Développement
NAID	National Institute of Allergy and Infectious Diseases (États-Unis)
NIH	National Institute of Health (États-Unis)
MLG	Ministry of Local Government
MOH	Ministry of Health
PEPFAR	President Emergency Plan for AIDS Relief
PTME	Prévention de la Transmission du VIH de la mère à l'enfant
PMTCT	Prevention of Mother-to-Child Transmission

PNUD	Programme des Nations Unies pour le Développement
ONUSIDA	Agence des Nations Unies pour le sida
SADC	Southern Africa Development Community
SDA	Seventh Day Adventists
ZCC	Zion Christian Church

INTRODUCTION GENERALE

À la fin du mois de septembre 2009, pendant trois jours, le Gaborone International Conference Center (GICC) a accueilli plus de deux cent délégués participant à la conférence AIDS Impact. Situé à plus de huit kilomètres du centre ville de la capitale du Botswana, attenant au luxueux hôtel Grand Palm et à son casino, ce bâtiment d'inspiration néoclassique présente un immense parking planté de palmiers et bénéficie d'un environnement calme, verdoyant. Il s'y dégage une sensation de fraîcheur qui contraste avec la nuée de poussière, du bruit de la circulation automobile et des travaux de réfection et d'agrandissement de routes que l'on quitte à l'abord du complexe hôtelier. Gaborone compte parmi les capitales africaines les moins peuplées et étendues : à peine plus de 220.000 habitants. Comme Ouagadougou, Bamako ou de plus grandes métropoles, la ville connaît une pression démographique et urbaine nécessitant un grignotage sur ses périphéries¹. Toutefois, ce processus est encadré et planifié par le gouvernement. L'aménagement urbain et l'entretien des routes sont réalisés par des entreprises nationales et des fonctionnaires percevant des salaires réguliers, bénéficiant de soins de santé gratuits, d'un accès à l'éducation pour leurs enfants, d'une couverture maladie et d'une pension invalidité en cas d'accident. Pour ses caractéristiques d'État providence, sa croissance économique soutenue pendant plusieurs décennies et son régime démocratique, le petit voisin de l'Afrique du Sud a longtemps fait figure d'exception ou de modèle sur le continent africain où la grande majorité des pays avaient sombré dans la crise, dès le début des années 1980, sous le coup des difficultés économiques, de la violence politique et des conflits. Mais le Botswana n'a pas été pas épargné par la gravissime crise épidémiologique qu'ont connu tous les pays d'Afrique subsaharienne, et en particulier les pays d'Afrique australe, avec l'arrivée de l'épidémie du sida, liée à l'infection à VIH.

Le Botswana a été choisi par le comité international de AIDS Impact, conférence spécialisée sur les sciences humaines, pour sa première édition en Afrique, sur une proposition de son ancienne ministre de la Santé, Sheila Tlou. Le pays présentait l'avantage d'avoir une expérience jugée exemplaire à partager sur le plan de la lutte contre le sida avec son programme d'accès gratuit aux médicaments antirétroviraux, l'un des premiers en Afrique, qui avait débuté en 2002. Touché de façon

¹ La population de Gaborone est passée de 3600 habitants en 1966 à 186000 en 2001. Selon le Central Statistics Office du gouvernement, la population atteindra un demi-million en 2021, Botswana Demographic Survey 1997.

très violente par l'épidémie de l'infection à VIH, le Botswana était en effet au tournant des années 1990-2000, le pays qui connaissait le plus fort taux de séroprévalence de l'infection à VIH, au terme d'une explosion épidémique fulgurante². En 1992, la proportion de femmes enceintes infectées par le VIH avoisinait déjà 10% et, en 1999, près de 37% des femmes enceintes dans les consultations prénatales étaient séropositives. La progression de l'infection à VIH et les conséquences multiples du sida déstabilisèrent la société dans son ensemble : mortalité accrue parmi les jeunes, enfants privés de parents, augmentation des dépenses publiques pour la santé, désarroi politique en l'absence de thérapeutique, etc. Les médicaments – la trithérapie antirétrovirale hautement active dont l'efficacité fut confirmée en 1996 – étaient trop coûteux, hors de portée des États africains. Face à ce désastre sanitaire, la communauté internationale ne modifia que tardivement l'emphase mise sur la prévention au profit d'un engagement plus prononcé pour le traitement médical du sida en Afrique, au début des années 2000. Les autorités politiques et sanitaires botswanaises affrontèrent la tragédie sociale, économique et politique en mobilisant les ressources et les acteurs en vue de mettre gratuitement les médicaments antirétroviraux à disposition de tous les citoyens en ayant besoin. Grâce au soutien technique et financier de différents partenaires internationaux, le programme d'accès aux ARV vit le jour en 2001-2002. La mortalité baissa, les enterrements s'espacèrent, l'espoir revint : la société se réveilla d'un long cauchemar. La thèse s'attache à analyser les processus historiques, les logiques politiques, économiques et scientifiques au cœur de la prise en charge du sida.

L' « exception botswanaise »

Dans la vaste salle de plénière du GICC où la puissante climatisation faisait descendre la température très bas, l'ancienne ministre de la santé Sheila Tlou, dans son allocution d'ouverture, rappela ce succès national avec enthousiasme :

Par notre leadership, notre pays a fourni des « leçons apprises » et « meilleures pratiques » à la communauté internationale. En voici les illustrations : 95% des Botswanais ayant besoin de traitement y ont accès, nous sommes sur la voie de la couverture universelle en 2010. Nous avons réduit la transmission du VIH de la mère à l'enfant de 40% en 2004 à moins de 3% en 2008 [*applaudissements et cris de joie dans la salle*]. Ce succès louable ouvre la voie vers une génération sans sida. Ma grande fierté est que tout ceci s'est produit sous mon leadership en tant que député, puis ministre de la santé ! [*Applaudissements redoublés*] (Retranscription d'enregistrement, séance plénière, AIDS Impact, 29/9/2009).

Une telle célébration du modèle botswanais apparaît paradoxale de prime abord pour ce pays qui est longtemps resté le plus affecté au monde par le sida. Toutefois, elle révèle le travail effectué par les responsables politiques et de santé publique botswanais, durant la dernière décennie, afin de retourner ce stigmate, notamment avec la priorité accordée à l'accès aux médicaments. L'accueil d'une grande conférence internationale offrait cette rédemption et l'occasion de parfaire le « modèle botswanais » dans l'imaginaire national et international, avec l'expérience de la lutte contre

² La progression épidémiologique fut tout aussi fulgurante en Afrique du Sud. En 1990 à la sortie de l'Apartheid, le taux de séroprévalence national est de 1%, dix ans plus tard, il est estimé à 10% (Fassin 2004b).

le sida. Le déroulement de la conférence et les présentations sur la prise en charge du sida ont d'ailleurs confirmé la difficulté, pour les chercheurs, de se départir de l'idée d'exception lorsqu'ils formulent des analyses sur ce pays. Malgré la forte concentration de chercheurs nationaux et internationaux sur la prise en charge du sida sur le plan clinique, biomédical et en sciences sociales que j'avais observée pendant les deux années précédentes, très peu de communications prenaient en considération la réalité telle qu'elle s'était présentée dans mon travail ethnographique à l'hôpital, mettant en jeu un ensemble de rapports de pouvoir, d'inégalités sociales et de genre, de tensions entre les Botswanais et les étrangers. Moi-même, en y présentant les différentes modalités de la prise en charge des femmes enceintes séropositives, je veillai à ne pas paraître critiquer le programme d'accès aux ARV. Au Botswana, la lutte contre le sida est un objet politique et un objet de politiques: elle met en scène le pouvoir, consolide sa légitimité et n'est pas à ce titre un objet aisément discutable, y compris dans le cadre d'une recherche scientifique.

Aussi, les enjeux scientifiques, qu'il s'agisse du rôle de la recherche biomédicale, des multiples partenariats de recherche autour du sida tout comme les enjeux épistémologiques traversent-ils la réflexion proposée dans la thèse. Depuis l'origine en effet, mon travail de recherche est sous-tendu par l'idée que la mise à disposition gratuite des médicaments antirétroviraux à l'hôpital public relève de réalités sociales et politiques complexes dont le paradigme d'exception botswanaise ne permet pas de rendre compte. Pourtant cette posture n'a pas été évidente à mettre en œuvre tant ce paradigme dominait et offrait une piste tracée pour envisager la réponse politique face au sida. Quel angle épistémologique et méthodologique choisir pour saisir à la fois ce que signifiait cette construction ou en quoi elle agissait dans les faits tout en saisissant l'épaisseur des réalités sociales ? Comment interroger de façon sociologique la réponse face au sida ? Assurément, une approche constructiviste (destinée à analyser la construction sociale des problèmes publics) devait être combinée à une approche réaliste, par la conduite d'une enquête ethnographique. Une double grille de lecture constructiviste et réaliste offre en effet deux perspectives complémentaires. Premièrement une perspective qui « se concentre sur la manière dont les agents sociaux font exister un problème de santé » et s'attache ainsi « à la façon dont le social est toujours construit » (Fassin 2005, 35). Et deuxièmement une perspective qui « recherche les conditions sociales (...) qui expliquent pourquoi ou permettent de comprendre comment le problème de santé suit des lignes de différenciation et d'inégalités sociales, en quoi il est le résultat de structurations et agencements du monde social », en nous rappelant « la réalité la plus matérielle et souvent la plus douloureuse de la maladie » (Fassin 2005, 36). La fin de l'intervention de la ministre confirmait *a posteriori* l'intérêt d'une approche interrogeant la construction et les effets de l'imaginaire national (B. Anderson 1996) ou l'« imagination politique » (Mbembe 2001). Avant de déclarer ouverte la conférence et avant d'adresser d'ultimes remerciements au comité international et au comité local d'organisation ainsi qu'à l'ensemble des participants, Sheila Tlou s'adressa à l'auditoire sous la forme de l'injonction :

Bien que le taux de criminalité soit assez bas, soyez prudents ! Ne mettez pas votre sécurité en danger ni celle des autres, faites le « n°1 Lady's Detective »³ tour, visitez nos parcs, amusez vous et surtout : allez faire du shopping !

L'environnement calme, l'absence de conflit, le régime démocratique et le « petit peuple » vivant paisiblement sont des images couramment mobilisées pour caractériser le Botswana⁴ et volontiers servies aux étrangers des pays du Nord venant séjourner dans les luxueux *lodges* au cœur du delta de l'Okavango, de la rivière Chobe ou dans le désert du Kalahari. Le Botswana est tout à la fois représenté comme possédant la faune la plus riche et préservée, la nature la plus sauvage d'Afrique⁵ – un condensé d'Afrique mythifiée – et dans le même temps, comme un pays qui n'a rien d'africain, tant sa stabilité politique, son développement économique accéléré et ses gigantesques centres commerciaux (*malls*) édifiés en plusieurs axes stratégiques de la ville⁶ impressionnent les expatriés qui s'y approvisionnent. Ceux-ci concèdent souvent que : « le Botswana ce n'est pas l'Afrique ». Pour y entrer, ni les Européens ni les Américains n'ont besoin de visa, qui est en revanche exigé de nombreux Africains⁷. Néanmoins, d'où qu'ils viennent, il revient aux étrangers de ne pas outrepasser l'hospitalité qui leur a été octroyée en tant que touristes (trois mois maximum) ou dans le cadre d'un permis de résidence associé à un contrat de travail (ou un permis de recherche dans le cas des étudiants et chercheurs). En plus d'exercer sa souveraineté sur l'ensemble du territoire en contrôlant ses frontières, l'État veille à la représentation harmonieuse qu'il donne de lui-même : une société « développée », guidée de façon clairvoyante par un parti au pouvoir gérant au mieux un pays riche de ressources minières (diamants) et naturelles (une faune sauvage, des parcs animaliers).

³ À l'instar d'autres personnages publics botswanais comme le Dr Howard Moffat, dont je parlerai dans la thèse, la ministre Sheila Tlou a été dépeinte dans les aventures de Mma Ramotswa, la première détective africaine (« N°1 Lady's Detective ». Les romans de l'écossais Alexandre McCall Smith ont connu un succès planétaire, se sont vendus à des millions d'exemplaires.

⁴ Il convient naturellement de citer une production cinématographique sud-africaine réalisée en 1980 qui connut un succès planétaire « Gods Must Be Crazy » dont le titre traduit en français est « Les Dieux sont tombés sur la tête ». Ce film rendit célèbre le Botswana et en particulier les « Bushmen » (populations San et en l'occurrence Ju/'hoansi) comme étant une population n'ayant jamais eu aucun contact avec la « civilisation » et dont l'arrivée d'une bouteille en verre de Coca-Cola vient bouleverser l'ordre social.

⁵ Lors du cocktail et de la soirée de bienvenue, un intermède chorégraphique offrit aux visiteurs le spectacle paradigmatique de l'Afrique ancestrale, animée par les acrobaties et symbolisée la nudité : de jeunes danseurs vêtus de peaux de léopard en cache-sexe ont effectué des danses rythmées par le son du sifflet et par les coquillages entrelacés à leurs chevilles. La régularité (et la similarité) de ce type de performance (dans les lieux touristiques au Botswana ou en marge de grandes conférences internationales, ailleurs en Afrique est à signaler. Voir, par exemple, la critique qui en est faite par Gérard Lefort, « La danse du développement Durban », dans *Libération* du 26 avril 2009.

⁶ Le plus ancien, au Sud-Est de Gaborone est « Riverwalk » dans le quartier du Village, près de la route de Tlokweng qui conduit à la frontière sud-africaine (10 km). Le plus récent, à l'Ouest (quartier Gaborone West) non loin de Kgale Hill se nomme « Game City ».

⁷ L'ensemble des ressortissants de l'Union Européenne, d'Amérique du Nord et d'Amérique du Sud sont dispensés de visa pour un séjour inférieur à trois mois. La plupart des ressortissants d'États africains ont besoin d'un visa avant d'entrer sur le territoire botswanais, à l'exception des ressortissants des autres États membres de la Communauté de Développement d'Afrique australe (SADC) : Afrique du Sud, Angola, Kenya, Lesotho, Madagascar, Malawi, Maurice, Mozambique, Namibie, République démocratique du Congo, Seychelles, Swaziland, Tanzanie, Zambie, Zimbabwe.

La construction de l'exception botswanaise

Le paradigme de l'exception botswanaise repose sur l'imbrication entre des facteurs historiques, économiques, sociaux et politiques qu'une production universitaire a sédimenté depuis les années 1970-1980. Le Bechuanaland britannique accéda pacifiquement à l'indépendance en 1966. Les élites politiques s'attelèrent à la mise en place d'institutions nationales et de politiques de développement. Au début des années 1970, la découverte de mines de diamants, puis l'extraction et l'exportation de diamants bruts nourrit une croissance économique « à deux chiffres » dans les années 1980 et aida le gouvernement à poursuivre la construction d'infrastructures (éducation, santé) à un rythme soutenu⁸. L'exploitation minière et les exportations de bœuf furent complétées par des revenus fiscaux et de « bonnes politiques » (Von Soest 2009). Selon le Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD) le Botswana fut, avec la Malaisie, l'État, qui au début des années 1990, enregistra le plus de « progrès » en termes de développement humain⁹. Dans le sillage des louanges des organisations internationales, les économistes (et les politistes) rivalisèrent pour compiler les éléments d'une « success story » africaine et mesurer sa « performance de développement » (Tsie 1996). Les observateurs de l'économie et du politique en Afrique établirent des corrélations entre la croissance économique, la stabilité politique et les accomplissements démocratiques, et les systématisèrent comme les fondements d'un « miracle africain » (Acemoglu, Johnson, et Robinson 2003; Samatar et Oldfield 1995; Samatar 1999). Enfin, dans une région dominée par l'apartheid, le Botswana se montra hostile à l'idéologie de la ségrégation raciale. Sans être un État « militant » anti-apartheid (comme le fut la Zambie), il accueillait discrètement des combattants de l'ANC. La vie politique et institutionnelle concrétisa cette vision non raciale du développement avec l'assimilation de la composante blanche de la population puis l'appel à des expatriés africains et européens dont certains acquirent tôt la nationalité botswanaise.

L'exception botswanaise devint en soi une « petite industrie académique » (Good 2008). Le mythe du modèle n'a pas épargné l'anthropologie et la sociologie. Du fait de leur méthodologie et de leur épistémologie (empirisme, approches inductives), ces disciplines furent toutefois moins portées à abonder dans ce sens (Werbner 2004). Pour autant, les travaux dans ces disciplines ont souffert d'une loi sur la recherche en anthropologie adoptée en 1967 (voir en annexe) et qui réglemente strictement la conduite de recherches et notamment l'accès au terrain. Adoptée dans le contexte d'une anthropologie raciste en Afrique australe, cet encadrement légal de la recherche en anthropologie implique des restrictions et comporte aussi un effet dissuasif décourageant les recherches de terrain. La loi révèle par ailleurs une sensibilité du pouvoir à la critique et des velléités

⁸ L'illustration suivante est souvent mentionnée « le Botswana ne disposait à l'indépendance de seulement 7 km de routes goudronnées, aujourd'hui plus de 3000 » ou, plus généralement « à l'indépendance le Botswana était le 2ème pays le plus pauvre du monde après le Bangladesh se débattant avec une base économique de production de bétail, d'exportation du travail et de taxes douanières » (W. A. Edge 1998, 348).

⁹ Les cinq pays ayant connu les plus fortes progressions de leur indice de développement humain (IDH) étaient la Malaisie, le Botswana, la Corée du Sud, la Tunisie et la Thaïlande. En outre, le Botswana est passé de la catégorie d'indice de développement « faible » en 1960 à un « indice de développement moyen » en 1992, voir : Human Development Report 1994, UNDP, chapitre 5, p. 96.

de contrôle que la multiplication des recherches sur le sida a renforcées. Quiconque entend mener une étude en sciences humaines et sociales, biomédicales, etc., doit déposer une demande d'autorisation pour obtenir un permis de recherche. Ces demandes sont centralisées et étudiées au niveau du Bureau du président¹⁰.

Malgré l'encadrement politique de la recherche, émergea à partir du début des années 1990, à l'Université du Botswana (UB), une critique du modèle botswanais (Good 1992; Good et Taylor 2005; Mogalakwe 2003), de la persistance des inégalités sociales, de la faiblesse de la « société civile » (Good 1992; Good 1996) et de la prééminence d'une élite bureaucratique sur le reste de la société. La critique de l'exceptionnalisme botswanais s'est durcie à l'approche des élections présidentielles de 2004, autour du professeur australien du département de sciences politiques de l'UB, Kenneth Good (1992; 1996; 2002; 2008) qui dénonça les dérives autoritaires du régime botswanais. Ce politiste montra qu'elles étaient intrinsèquement vouées à s'exprimer en raison du présidentielisme excessif, du poids des élites et du parti au pouvoir depuis l'indépendance, le Botswana Democratic Party (BDP). Le professeur Kenneth Good fut déclaré « migrant interdit »¹¹, arrêté chez lui à Gaborone et expulsé en 2005 à l'issue d'un épisode politique et médiatique qui secoua la communauté académique nationale et internationale. Au moment où je commençais mes recherches en thèse, l'« exception » et le « modèle », en tant qu'axes structurants du pouvoir, ont ainsi fourni une raison supplémentaire de les contourner.

Par ailleurs, l'idée de modèle est normative et tend à opposer un État « réussi » à un ensemble d'autres États africains « échouant », une vision mécaniste et économiciste du développement qui ne fournit guère d'outil pour aborder les enjeux sociaux, expliquer la persistance des inégalités sociales¹² ou pour dépasser les représentations et les perceptions (pays calme, absence de corruption, etc.). À

¹⁰ Pour les recherches menées sur les questions de santé et depuis 2005-2006, les propositions sont étudiées par le ministère de la santé dans le cadre de son comité d'éthique (Human Research and Development Committee). Un document précise : « Le Botswana a adopté une politique de recherche ouverte et encourage la recherche. Cependant, c'est un petit pays en termes de main d'œuvre (*manpower*), de ressources et de population ce qui laisse ouvert les dangers d'être sur-recherché (*being over-researched*) dans certaines zones. De plus, par le passé, des chercheurs ont quitté le pays sans avoir déposé des copies de leurs résultats. Pour cette raison, toute recherche est aujourd'hui soumise à une évaluation minutieuse. La priorité doit être donnée aux institutions de recherche locales et aux recherches qui présentent un bénéfice maximal pour la nation, les zones et les sujets qui n'ont pas été déjà intensivement étudiés, ainsi que les sujets présentant une valeur spécifique pour le pays. Dans le même temps, l'obtention d'un permis de recherche dépend des qualifications, références, soutien financier du chercheur, de la clarté et de la solidité de son projet de recherche ». Guidelines for Research, Office of the President, consulté le site Internet de l'Ambassade du Botswana aux États-Unis, le 28/8/2011. Voir dernier chapitre.

¹¹ Selon la Loi sur l'immigration, le président peut déclarer une personne « migrant interdit » (*prohibited immigrant*) selon plusieurs justifications notamment si celui-ci menace la sécurité nationale (également si le migrant est handicapé, n'a pas assez de ressources pour se prendre en charge ou pour des faits de prostitution). Cette disposition est confirmée par les pouvoirs exécutifs conférés au président par la section 27 de la Constitution, selon lesquels le chef d'État peut extradier qui il veut sans explication. Sur l'expulsion de K. Good, voir notamment : (Taylor 2006) ainsi que le récit fait par K. Good lui-même dans son dernier ouvrage (2008).

¹² Le coefficient de Gini mesure le degré d'inégalité dans la répartition des revenus. En 1993 le coefficient était de 63 (au-dessus de 50 : le pays est considéré comme très inégal) et de 60,5 en 2007. L'Afrique australe est la région qui enregistre les plus hauts degrés d'inégalités de répartition des richesses dans la population.

ce sujet après avoir montré que le Botswana a été pensé comme une exception au regard du reste du continent, il est pertinent de préciser que l'emploi du terme « Afrique », dans cette recherche fait également référence à une catégorie historiquement et socialement construite ; plus précisément une catégorie sur laquelle le « monde » est construit. Je reprends la proposition de James Ferguson selon lequel l'existence d'une telle catégorie doit conduire non pas à présumer d'une unité géographique ou culturelle mais à envisager l'Afrique comme « lieu-dans-le-monde », un territoire empirique réel car habité par des acteurs sociaux (Ferguson 2006, 5).

Une aporie analytique

L'exception botswanaise conduit donc à une aporie, entendue à la fois dans un sens faible d'une difficulté à résoudre un problème ou, dans son sens plus fort, d'une difficulté qui exige un changement de registre de la recherche après avoir emprunté plusieurs voies qui se révèlent contradictoires¹³. Face à ce type de difficulté, et concernant les questions d'éthique, Didier Fassin entrevoyait une aporie fondamentale dans la volonté de résoudre la question éthique en amont de l'enquête ethnographique. L'enquête ethnographique contredit en effet, dans son essence, la possibilité de résoudre les problèmes en amont car c'est la démarche ethnographique qui les fait survenir. Fassin proposait alors de « s'efforcer de les formuler de manière pertinente afin d'en saisir les enjeux théoriques tout autant que politiques. On ne dépasse pas une aporie: on l'explore » (2008a, 132). Il s'agit de donc de dépasser l'aporie de l'exception botswanaise en adoptant une posture active, comme le suggère D. Fassin. D'ailleurs, dans mes recherches, l'outil principal du dépassement – et de l'exploration – de cette aporie fut l'ethnographie et en particulier l'enquête en milieu hospitalier afin de saisir les interactions des patients avec le système de santé, dans les services de soins, leur vie quotidienne, les activités de la communauté de chercheurs et les discours des responsables de santé publique. Conjuguées, ces données d'enquête étaient en mesure de nourrir une analyse des enjeux politiques du traitement du sida. Seule une telle enquête au cœur des pratiques de soin pouvait livrer une compréhension plus équilibrée de la prise en charge des malades du sida. Je me posais en effet les questions suivantes : Comment les patients sont-ils pris en charge au quotidien dans l'hôpital Princess Marina à Gaborone ? Comment les soignants et les responsables de santé publique s'y prennent-ils pour diagnostiquer les patients ? Administrer les traitements ? Gérer l'afflux de chercheurs internationaux ? Après avoir présenté le contexte du sujet, puis la problématique de la thèse, la méthodologie clôturera l'introduction en précisant les enjeux éthiques liés à l'enquête.

¹³ L'aporie, dans ce sens, a une fonction déterminée pour Socrate. L'aporie est même au cœur du dialogue socratique dont elle constitue une étape : lorsque plusieurs voies ont été explorées qui se contredisent, que l'interlocuteur parvient à un embarras, il lui faut « quitter le domaine de l'image pour aller vers l'essence, de renoncer au pittoresque à la fois chatoyant et rassurant du concret et du multiple pour aller vers l'unification de l'essence (V. Goldschmidt, *Les Dialogues de Platon*, 1947 cité dans l'article de Françoise Armengaud dans l'Encyclopédie Universalis).

Contexte: l'accès aux médicaments antirétroviraux en Afrique

L'épidémie de sida s'est tôt propagée sur le continent africain. Après la découverte des premiers cas de *pneumocystis a carinii* chez de jeunes homosexuels aux États-Unis en juin 1981 de ce qui fut appelé le SIDA (en 1983), des malades furent identifiés à travers le monde puis en Europe. Dès 1982, des cas de *slim disease* sont décrits en Ouganda puis dans le courant de l'année 1983, il devient évident que de nombreux cas sont déjà présents en Afrique, notamment en Afrique centrale. Des cas de sida sont identifiés en France et à Bruxelles parmi des Européens ayant voyagé au Zaïre et parmi des patients d'origine zaïroise. Tandis que le sida est associé au Nord à la communauté homosexuelle, les médecins au Nord et en Afrique postulent l'existence d'une « épidémie africaine » caractérisée par une transmission majoritairement hétérosexuelle.

Dépourvus de moyens épidémiologiques, sanitaires et politiques de lutte contre l'infection les pouvoirs africains furent très exposés face à l'épidémie qui prit tôt des proportions importantes. Ils furent d'autant plus fragilisés politiquement que les médecins et scientifiques occidentaux avaient tôt identifié le continent africain comme la terre d'origine, le « berceau » du sida et son terrain de prédilection (Dozon et Fassin 1989; Dozon 2007). Les explications scientifiques mettaient en effet l'accent sur des facteurs culturels et les comportements sexuels pour rendre compte d'une telle propagation, au détriment des contraintes sanitaires, économiques et sociales (sécurité des transfusions, pauvreté, nutrition) (Packard et Epstein 1991).

Désignés comme « responsables du sida » et dépourvus de moyens de lutte, les États africains furent sommés d'établir des programmes de contrôle, de sécurisation des transfusions et des politiques de prévention afin de contenir l'épidémie. Dans le même temps, dans les pays du Nord, les patients se mobilisèrent face à l'impuissance thérapeutique et luttèrent pour accéder aux innovations thérapeutiques, notamment en participant aux essais cliniques (Epstein 1996). En 1987 l'AZT (zidovudine) fut la première molécule antirétrovirale mise au point¹⁴ (comportant des toxicités) et il fallut attendre 1992 pour que la seconde molécule, le DDI (didanosine) vienne constituer une bi-thérapie face au virus. Les inégalités entre les pays du Nord et du Sud se sont creusées d'avantage dès lors que des thérapies efficaces étaient mises au point. En 1996, la thérapie antirétrovirale hautement active (HAART) associant trois molécules s'est avérée efficace pour lutter contre le développement du virus et obtenir une diminution maximale de la charge virale¹⁵. La trithérapie a révolutionné la prise en charge des patients séropositifs. Mais cela n'a d'abord été une réalité que pour les pays riches qui pouvaient acheter les médicaments dont les prix étaient exorbitants et dont

¹⁴ L'AZT appartient à la classe des Inhibiteurs nucléosides de la transcriptase inverse (INTI).

¹⁵ Plus précisément le traitement antirétroviral ou HAART (Highly Active Antiretroviral Therapy) désigne il existe cinq groupes d'antirétroviraux qui attaquent le VIH d'une manière spécifique. En règle générale, et c'est le cas également au Botswana, la thérapie antirétrovirale, en première intention : deux inhibiteurs nucléosides de la transcriptase inverse (INTI): zidovudine (AZT) et lamivudine ou stavudine et un inhibiteur non nucléosides de la transcriptase inverse (INNTI) (efavirenz ou névirapine). Ce protocole est donné aux personnes séropositives qui ont des CD4 inférieurs ou égaux à 200 (à 350 depuis fin 2009) et/ou s'ils ont une infection opportuniste.

les systèmes de santé au Sud n'étaient pas en mesure d'assurer la distribution équitable et contrôlée.

L'accès aux médicaments en Afrique était en effet ralenti par une série de facteurs. En premier lieu, le prix exorbitant des molécules protégées par les brevets ne permettait pas aux États d'en financer directement l'achat : un protocole de trithérapie coûtait 15.000 dollars par patient et par an en 2001. En second lieu, des raisons politiques (et idéologiques) liées à la réticence de la communauté internationale à y œuvrer en raison de l'insuffisance des systèmes de santé, en termes d'infrastructures de laboratoire et de ressources humaines. Si les médicaments ARV sont des médicaments difficiles à administrer pour les médecins (surveillance des toxicités et des effets secondaires) ils ne sont pas aisés à prendre pour les patients (plusieurs prises quotidiennes, à jeun ou avec un repas). Certains responsables institutionnels avaient aussi mobilisé des arguments culturalistes (les Africains ne peuvent s'astreindre à des horaires stricts) pour alerter sur les risques d'une généralisation incontrôlée des médicaments qui pourrait favoriser l'apparition de souches virales résistantes. Les pays africains étaient du reste eux-mêmes parfois méfiants envers l'imposition de la biomédecine occidentale et de la puissance des laboratoires pharmaceutiques, comme le montra de façon paroxystique le cas sud-africain (Fassin 2002; Fassin 2003a).

Pour accélérer le processus d'accès aux médicaments antirétroviraux, il fallut l'intense mobilisation d'un activisme transnational en plein essor conjugué avec l'action de certains États comme la France, pour que ce paradigme de la « prévention seulement » bascule en faveur de l'accès aux médicaments. Au début des années 2000, des laboratoires pharmaceutiques concédèrent des baisses de prix et les efforts de la communauté internationale et des contributions des États s'incarnèrent dans la création du Fonds Mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme en 2002 pour aider les pays à mettre en œuvre des politiques d'accès aux soins. Cet effort considérable fut suivi de peu par une initiative bilatérale, le plan du président Bush pour la lutte contre le sida (PEPFAR) en 2003 qui distribua 15 millions de dollars à 15 pays (dont 12 en Afrique).

À ce moment charnière, le Botswana est l'un des premiers à parvenir à étendre l'accès gratuit aux antirétroviraux dans le système public en 2001-2002. Mais cela ne fut pas directement lié à la mobilisation transnationale ni à la création du Fonds Mondial. Le président botswanais Festus Mogae annonça en janvier 2000 qu'il mettrait tout en œuvre pour acheminer les médicaments auprès des malades et ajouta en 2001 : « Les gens meurent dans des proportions effrayantes. Nous sommes menacés d'extinction », une phrase qui fut reprise par la communauté internationale comme le signe d'un « leadership exemplaire ». Surtout, en plus d'une volonté politique exprimée clairement, le gouvernement botswanais s'appuya sur une conjonction entre des facteurs internes : un système de santé efficace (système hospitalier, fonction publique), la présence de partenaires « biomédicaux » investis aux côtés du gouvernement (les Centers for Disease Control depuis 1995 et l'École de santé publique de Harvard en 1996) autour d'un laboratoire de référence (Botswana-Harvard Reference Laboratory), et des facteurs externes : un nombre croissant d'acteurs souhaitant agir pour l'accès aux médicaments, notamment les laboratoires pharmaceutiques qui s'investirent dans des programmes d'accès aux médicaments pour redorer une image ternie par la désapprobation généralisée de leurs stratégies commerciales.

Le gouvernement botswanais se vit proposer en 2000 une « offre » de financement de la part de la compagnie (fondation) pharmaceutique Merck & Co. Inc et d'une fondation philanthropique qui commençait à être active sur la santé au Sud : la Fondation Bill & Melinda Gates. Ces deux fondations se concertèrent et proposèrent chacune 50 millions de dollars et des médicaments gratuits dans le cadre d'un partenariat tripartite signé en juillet 2000 (African Comprehensive HIV/AIDS Partnership ou ACHAP) destiné à permettre à « un gouvernement africain de franchir un pas décisif dans la lutte contre le sida ». Les autorités sanitaires eurent ainsi les moyens de proposer les médicaments gratuitement par l'intermédiaire du système public de santé. Pourquoi les antirétroviraux furent-ils gratuits au Botswana, payants ailleurs ? Comment expliquer cette inégalité de traitement ? Quelles en furent les conséquences sur le plan social et politique ?

Problématique

Dans cette thèse, j'étudie à la fois les politiques de santé publique et les pratiques des acteurs du soin et de la recherche, autour du traitement du sida au Botswana et je considère le traitement antirétroviral comme une forme d'intervention biomédicale, d'action publique et comme un enjeu de recherche scientifique, dans le cadre de ma recherche, comme dans un cadre plus global. Les dispositifs d'accès aux médicaments relèvent de configurations socio-historiques caractérisées par la présence d'acteurs (gouvernements, fondations, universités, associations, patients) ayant des intérêts (politiques, économiques, scientifiques et symboliques) et développant des stratégies. Ces configurations d'action publique peuvent être modélisées, comme l'a proposé Fred Eboko (2002; 2005a), en mettant en évidence le degré d'adhésion des États aux normes internationales, la signification donnée par les acteurs à la lutte contre le sida, ou encore la culture politique. Afin de « rendre intelligible le sens de l'action publique » (Fassin 2006a) et afin de souligner les enjeux politiques contemporains, il faut également en saisir la trame historique dans laquelle ils s'inscrivent, comme l'ont montré les études en Afrique du Sud soulignant l'héritage incorporé de la violence de l'apartheid (Fassin 2004b; 2006a), le rôle des associations de patients (Robins 2004), la persistance des inégalités sociales, ainsi que les formes contemporaines de la mobilisation politique voire de l'activisme étatique comme au Brésil (Biehl 2004). Au cœur de ce travail, tout comme dans les travaux cités, la notion d'économie politique est pertinente car il s'agit d'étudier la distribution des richesses, et les relations entre État, société et économie. Quel fut le rôle de l'État et des pouvoirs nationaux afin de distribuer gratuitement des médicaments ? Comme furent définis les contours de la population qui y eut d'emblée accès et dans quel environnement légal cette distribution fut-elle assurée ?

Je propose de montrer que l'accès aux ARV au Botswana relève d'une action publique qui met en jeu la relation de l'individu à l'État – ayant des droits et des devoirs – et met en scène la relation de l'État botswanais au monde. J'analyse donc l'accès aux antirétroviraux, selon les deux axes suivants. Le premier est celui de l'État et de la citoyenneté en lien avec les enjeux de santé publique. Les médicaments antirétroviraux constituent un pouvoir sur la vie, dont l'attribution a été conçue comme

un droit (*entitlement*) pour les citoyens botswanais. De ce fait, dans sa définition et sa mise en œuvre la politique de santé publique redéfinit les contours de la citoyenneté botswanaise en réaffirmant l'existence d'une communauté d'individus qui sont pris en charge, dont *on prend soin*. Le second niveau d'analyse concerne la relation de l'Afrique au monde, à travers l'analyse d'une intervention sur la santé marquée tant par des transformations que par des analogies avec la période coloniale. Les logiques d'intervention internationale se situent au point d'articulation entre des intérêts économiques, scientifiques et politiques. En retour, l'accès aux antirétroviraux redéfinit ces modalités d'insertion au monde du continent africain.

État, citoyenneté et santé publique

La citoyenneté est l'axe d'analyse le plus pertinent car il permet d'embrasser en même temps la question du soin et de l'action publique. Caractérisant le lien social et politique, la citoyenneté définit l'appartenance à une communauté et la relation entre un individu et un État dans laquelle l'individu doit allégeance à l'État et en retour a droit à sa protection. Cette appartenance confère des droits et des devoirs politiques aux individus membres. Héritée de la Grèce antique, la citoyenneté a évolué et est devenue une notion centrale de la théorie politique avec l'avènement des États modernes à la fin du 18^e siècle qui se sont imposés comme les garants de ces droits et devoirs. La notion s'est affirmée dans son acception actuelle avec celle d'État, « entreprise politique de caractère institutionnel lorsque et tant que sa direction administrative revendique avec succès, dans l'application des règlements, le monopole de la contrainte physique légitime »¹⁶ selon la définition de Max Weber. Entité artificielle, non palpable, l'État existe à travers des institutions centralisées, procède à l'identification de la population et à son administration au sein de frontières délimitées. Tel qu'il s'est constitué tout au long du 20^e siècle, l'État est territorialisé, existe en pratiques et en institutions (la police, l'éducation nationale, la santé publique) et est à ce titre incorporé par les individus. En situant la politique de santé publique au cœur de l'exercice de la souveraineté étatique et de la définition des droits et des devoirs attachés à la condition de citoyens, je fais donc référence à un tournant historique dans l'exercice de la souveraineté tel que Michel Foucault l'a théorisé (1997).

Citoyenneté et biopolitique

Concept mobilisé de façon exponentielle ces dernières années, la biopolitique est une notion cruciale pour situer la problématique de la thèse. Le concept de « biopolitique » fut proposé par Michel Foucault en 1976 dans sa nouvelle analytique du pouvoir: un « biopouvoir » situé au point de rencontre entre une anatomo-politique (disciplines s'exerçant sur les corps) et une biopolitique s'exerçant sur les populations (régulant la mortalité, la natalité, l'espérance de vie, etc.). La biopolitique désigne l'entrée du phénomène de la vie des humains dans l'ordre du savoir et du pouvoir et dans la sphère des techniques politiques. La notion rend compte de l'émergence d'une forme de savoir politique, de disciplines comme les statistiques, la démographie, l'épidémiologie, etc.

¹⁶ « Les concepts fondamentaux de sociologie », in *Economies et Sociétés*, tome 1, 1971.

permettant d'analyser les processus de la vie au niveau des populations, de gouverner les individus et les populations. La médecine fut déterminante pour donner forme aux biopolitiques contemporaines : pour « faire vivre » la population et de ce fait délimiter les contours de cette population qui vit ou survit.

Face à la propagation du sida en Afrique, la question de l'accès aux médicaments antirétroviraux illustre de façon paradigmatique les biopolitiques contemporaines, ce point d'articulation entre les « politiques de la vie » et la « politique des populations », la délimitation entre ceux qui vivent et ceux qui meurent, à la fois sur un plan local et national (l'État biopolitique) et sur un plan international ou transnational (biopolitique globale). Comment, en pratique, étudier l'accès aux médicaments au point de rencontre entre un État « prenant soin de sa population » et une intervention internationale aux acteurs et aux contours transformés ?

D'après D. Fassin (2006b), à la suite de l'intuition remarquable du biopouvoir, M. Foucault a laissé échapper la substance de la « vie » et du « vivant » en s'attachant surtout au gouvernement des populations. Or, il faut s'efforcer de saisir ces politiques de la vie à l'articulation entre la vie nue, la vie en tant que telle (*zoé*), et la vie sociale (*bios*). Cela conduit par exemple à étudier, en Afrique du Sud, les polémiques internationales sur l'origine du sida en même temps que la souffrance des malades ou bien la recherche sur les vaccins et les accusations de génocide (Fassin 2007, 40). Revisitée à l'aune des politiques de la vie, la biopolitique est utile pour faire le lien entre les pratiques et les politiques : étudier les pratiques des acteurs, leurs discours sur les pratiques et voir comment leurs pratiques sont construites par les politiques. Empiriquement, c'est en observant la prise en charge, l'accueil à l'hôpital, les interactions autour du soin, les relations médecins patients, que l'on peut parvenir à distinguer les mécanismes de différenciation des vies entre elles. Cette démarche autorise d'étudier en même temps l'expérience de la maladie, le traitement des malades à l'hôpital et la façon dont le traitement éclaire les politiques d'allocation des ressources. Le choix de l'hôpital est d'autant plus justifié. À la fois comme lieu privilégié de la pratique de la biomédecine, mais aussi comme institution bureaucratisée (Van der Geest et Finkler 2004), l'hôpital offre la possibilité d'observer le traitement (différencié) des patients ainsi que les technologies de normalisation et de surveillance, à travers la micro-politique des interactions soignants-soignés (Waitzkin 1979).

L'accès aux médicaments est en même temps une politique de la vie (permettant aux patients, selon leur condition biologique, de vivre) et une politique des populations délimitant des sujets qui vivront, pourront mettre au monde des enfants séronégatifs. « A l'échelle de la planète comme au niveau d'une société, ce sont bien des choix collectifs qui déterminent en large part ce que sera la vie des vivants » (Fassin 2006b, 42) ; ces « choix tragiques » car portant sur l'allocation de biens rares dont la répartition concernent directement ou indirectement la durée et la qualité de vie des personnes et participent de la différenciation des vies entre elles. En quoi la notion de citoyenneté permet-elle de comprendre les mécanismes d'allocation et de « triage » ?

Citoyenneté biologique et thérapeutique

La notion de « citoyenneté » a connu un renouvellement conceptuel important dans la lignée des travaux de Foucault sur le biopouvoir et de ceux de Paul Rabinow sur la biosocialité (1992a)

caractérisant les nouvelles identités sociales et pratiques liées à la nature humaine et biologique (identité génétique par exemple). À la suite de ces travaux, le concept de citoyenneté a connu une pluralisation afin de rendre compte à la fois de l'appartenance sociale, de la participation politique, de la reconnaissance de l'identité sociale et de leur extension à une large palette de sphères sociales comme la science, la santé, la sexualité, etc.

Dans le domaine de la santé et de l'accès aux soins, le concept de « citoyenneté biologique » a apporté d'importants éclairages dans les systèmes de santé en crise. La « citoyenneté biologique » fut proposée par Adriana Petryna pour analyser la façon dont les citoyens ukrainiens ont utilisé leur corps endommagé par les radiations nucléaires de Tchernobyl afin de demander une reconnaissance politique et sociale, sous forme notamment de soins et de compensations financières (2002). Vinh-Kim Nguyen proposa quant à lui, l'existence au Burkina Faso et en Côte d'Ivoire d'une « citoyenneté thérapeutique » (2005; 2007) dans le cadre d'une « République de la thérapie » (2010) dans laquelle le fait d'être séropositif, membre d'une association ou de se rendre auteur de confessions étaient les voies d'accès aux ARV : les personnes séropositives étaient reconnues en tant que citoyens à partir de leur condition médicale car elle leur permettait d'accéder à des soins et des médicaments. Ces travaux considèrent toutefois l'accès aux soins dans des contextes d'incapacité de l'État à exercer sa souveraineté dans le domaine de la santé. João Biehl a montré en revanche le rôle de l'État au Brésil qui, ayant inscrit le droit à la santé dans la Constitution développa à partir du sida un activisme pharmaceutique combiné à une politique de santé publique prenant localement la forme de citoyennetés biomédicales (2004), de droits octroyés aux citoyens s'identifiant avec le virus.

Je m'inscris dans le sillon de ces travaux en considérant qu'au Botswana les antirétroviraux participent à la redéfinition de la condition de citoyen. Pour autant, j'étudie l'accès aux médicaments non comme une revendication liée à la constitution de subjectivités politiques mais comme un processus conduisant à une réaffirmation de l'appartenance à une communauté nationale. Je préconise donc, pour y parvenir, en plus d'une observation dans les pratiques, un réexamen de la notion dans son acception originelle c'est-à-dire comme une construction historique qui comprend plusieurs dimensions qui doivent être étudiées ensemble. La construction par la société de la citoyenneté concerne en effet autant le statut juridique (les lois) et les pratiques institutionnelles, que l'ordinaire de la vie sociale et de la prise en charge de la maladie, sans oublier l'aspect identitaire et l'imagination nationale. Les travaux en anthropologie médicale ne sont pas parvenus à saisir une distinction qui s'opère avec l'accès aux soins et qui est au cœur de la notion de citoyenneté, celle de la définition de la communauté politique à travers l'appartenance nationale.

Citoyenneté et politique de l'appartenance

L'appartenance à la communauté politique appelle en effet une clarification entre les notions de citoyenneté et de nationalité, qui en anglais sont entendues ensemble dans le terme de « citizenship ». Les sociologues américains comme Diamond, Linz et Lipset (1988) ou Bendix (1964) ont théorisé la notion en lien avec les penseurs classiques d'Aristote et Platon jusqu'à Jean-Jacques Rousseau ou Thomas Hobbes. Ces auteurs ont souligné les développements historiques d'un principe

d'organisation sociale avec l'avènement d'une institution centrale de l'État-nation moderne (Bendix 1969). Ils ont envisagé les modalités de délimitation des communautés nationales par le biais de lois de citoyenneté, d'immigration et de naturalisation selon le modèle inclusif du *jus soli* (France, États-Unis) ou le modèle exclusif du *jus sanguini* (Allemagne) (Brubaker 1992). Le sociologue britannique T. H. Marshall a quant à lui retracé l'évolution d'une citoyenneté légale basée sur les droits civils et politiques pour l'étendre à la « citoyenneté sociale » du 20^e siècle comprenant un ensemble de droits sociaux dans le cadre de l'État providence (1950; 1964). En faisant de la citoyenneté active à la fois un instrument analytique et un idéal politique il rejoint l'expression d'Hannah Arendt au sujet des non-nationaux ou apatrides (*stateless people*) selon laquelle la citoyenneté (ou plutôt la nationalité) est « le droit d'avoir des droits » (1972)¹⁷.

L'accès aux soins pose la question de l'appartenance à la communauté politique dans ces deux principales acceptions. La décision d'allouer des ressources matérielles, économiques, symboliques afin de favoriser l'accès aux médicaments relève d'une politique définissant les contours d'une population qui bénéficie de droits sociaux : c'est la citoyenneté sociale (l'État providence, protecteur) qui est interrogée. Cependant ce sont également les critères d'attribution de la citoyenneté (qui est un citoyen botswanais ?) qui seront étudiés dans le contexte d'importantes transformations de l'appartenance ces dernières décennies sur le continent africain. En Afrique, après une parenthèse de développement politique et d'euphorie économique et sociale à l'indépendance, les jeunes États ont presque tous sombré dans la crise. Dans ce contexte de crise économique et d'aggravation de la situation sociale et des tensions politiques, la citoyenneté s'est transformée selon différents registres. Celui qui a dominé fut l'utilisation de l'ethnicité à des fins politiques¹⁸. La citoyenneté a été définie de plus en plus étroitement selon des critères d'origine ethnique dans le cadre de politiques de l'appartenance et de l'identité (Bayart, Geschiere, et Nyamnjoh 2001) ou de « préférence nationale ». Or, la dimension national(iste) de la citoyenneté en Afrique n'a pas été mise en évidence par les études sur le sida et la citoyenneté biologique. Je m'inscris dans cette réflexion dans la mesure où je considère que l'accès aux ARV participe d'un processus de définition des contours de la population qui a accès à des droits garantis par l'État. Ainsi, la recherche sur la prise en charge du sida propose-t-elle une « double » citoyenneté politique et biologique, qui sera étudiée sur le plan de l'inclusion (dans la communauté nationale, dans les soins) et sur le plan de l'exclusion (des migrants, de certains pathologies).

Pouvoir pastoral et protection de la vie

L'arrivée du sida a accru la situation de crise et les États, pour la plupart, ne disposaient pas de moyens politiques et financiers suffisants pour faire face. Cela explique en partie que la mobilisation pour l'accès aux médicaments en Afrique soit venue d'un activisme transnational extérieur avec des

¹⁷ Arendt, H., La nature du totalitarisme, 1990.

¹⁸ Je fais référence aux conflits des années 1990 souvent appelés « conflits ethniques », marqués par une instrumentalisation de l'ethnie à des fins d'exclusion du jeu politique, tels que la guerre et le génocide au Rwanda, la crispation ethno-nationaliste puis la guerre interne en Côte d'Ivoire. Au sujet de l'ethnie voir: (Amselle et M'Bokolo 1985).

liens forts avec l'Afrique du Sud. Cette bataille mondiale pour l'accès aux ARV s'est inscrite, de la part des activistes, dans un registre « humanitaire », c'est-à-dire utilisant le « principe d'un traitement moral de la vie humaine qui est placée au-dessus des autres valeurs en faisant l'objet de disputes entre les acteurs qui cherchent à s'en approprier les bénéfices symboliques » (Fassin 2007, 44). Le registre de l'humanitaire n'a pas été mobilisé au Botswana car l'exercice de la souveraineté nationale et du « gouvernement pastoral » a opéré. Selon Foucault, le « pouvoir pastoral » est un type de pouvoir orienté à la fois vers l'ensemble du troupeau dont le berger prend soin et vers chacune des brebis qui le compose. Le caractère pastoral du pouvoir a conduit l'État à « prendre soin de sa population », étirer au maximum ses ressources afin de « faire vivre » ceux qui appartiennent à la communauté nationale. Au Botswana, le gouvernement (aidé de nombreux organismes) compta sa population, la guida et veilla à ce que tous les citoyens nationaux y soient inclus et survivent grâce aux médicaments. C'est la protection de la vie du citoyen national qui est en jeu et non la réparation d'un corps souffrant en tant que « vie nue ». La dimension pastorale est à cet égard importante si l'on veut rendre compte du caractère paternaliste dans le pastoralisme même du pouvoir. Face au sida, le chef d'État Festus Mogae a incarné le personnage du berger comme celui du père. Ces éléments ne peuvent être négligés au profit d'une étude centrée sur les techniques biopolitiques du pouvoir.

Ainsi, l'accès aux médicaments relève-t-il d'une politique énoncée par un État et mis en place dans le cadre d'un système de santé. Mais l'action publique est née de l'articulation entre ces dynamiques sociales et politiques nationales avec une série de transformations de l'intervention internationale selon des impératifs moraux (gouvernement humanitaire), scientifiques, économiques et politiques. C'est la raison pour laquelle la notion d'action publique est pertinente, en tant qu'acception plus large que celle de 'politique publique' et permettant de « couvrir l'activité de la puissance publique dans un domaine, mais également toutes celles d'autres acteurs – éventuellement privés –, articulés dans l'espace public en la matière » (Fassin 2006b, 44). La notion d'action publique permet d'échafauder un questionnement autour des acteurs locaux, nationaux, internationaux, des intérêts et des stratégies qui sont en jeu dans l'économie politique du sida.

Transformations des logiques de l'intervention internationale sur la santé en Afrique

L'épidémie de sida survint au début des années 1980 en pleine période de crise économique et de perte de vitesse des coopérations bilatérales et multilatérales traditionnelles. Non seulement les États furent amenés à appliquer les recettes d'ajustement structurel (Banque Mondiale et FMI) qui préconisaient des réductions des dépenses budgétaires (fonction publique, secteurs de l'éducation et de la santé) mais également la coopération internationale dont ils bénéficiaient s'amenuisa et se modifia. Les États africains s'endettèrent et les États du Nord furent de moins en moins enclins à engager d'importants budgets de coopération, demandèrent des comptes et lièrent eux aussi leur aide à une progression vers la démocratie (conditionnalité).

La mobilisation pour l'accès aux antirétroviraux a été façonnée par les logiques du gouvernement humanitaire et des états d'urgence. Des mobilisations transnationales de grande

ampleur pour l'accès aux médicaments en Afrique sont parvenues à infléchir la position des États du Nord et des laboratoires pharmaceutiques afin d'acheminer les médicaments pour sauver les vies des Africains infectés par le VIH. L'intervention fut marquée par le rôle croissant des ONG dans l'accès aux soins qui organisèrent localement des mécanismes de « triage » pour distribuer les médicaments (Nguyen 2005; Nguyen 2010). Des organisations multilatérales et financements inédits (Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose, le paludisme ; PEPFAR) virent le jour pour épauler les États dans la lutte contre les épidémies. Mais, l'intervention se dessina également dans un registre sécuritaire et militaro-humanitaire (Fassin et Pandolfi 2009) visant à empêcher l'effondrement des sociétés africaines sous le coup du sida. Plus précisément, la construction du sida en Afrique comme un enjeu sécuritaire permit d'emporter l'adhésion de l'opinion publique et de justifier de tels montants d'aide pour le sida.

La recherche biomédicale au cœur de l'accès aux soins

Dans les années 1990 aux États-Unis on observe une préoccupation politique croissante au sujet du risque représenté par la résurgence des maladies infectieuses et la nécessité de contrecarrer la réémergence de ces maladies par des politiques d'investissement scientifique et technologique (Institute of Medicine 1997; Garrett 1994). Avec cette problématisation des questions de santé au Sud comme des enjeux de sécurité pour les États-Unis (de façon directe par une menace virale ou bactérienne ou indirecte par les conséquences économiques et commerciales de l'effondrement des sociétés au Sud), se dessina un nouveau champ d'intervention autour de la santé. Ce champ est composé de nouveaux acteurs, en particulier les universités et les centres de recherche scientifiques aux États-Unis et caractérisé par la sémantique de la « santé globale » (King 2002; Lakoff et Collier 2008).

La considération des épidémies au Sud comme des enjeux de sécurité comporte une dimension économique et commerciale car elle a des implications en termes de développement scientifique et biotechnologique aux États-Unis. Ce mouvement prend de l'ampleur en raison de l'essor de la recherche pharmaceutique. Dans la seconde moitié du 20^e siècle, la méthodologie des essais cliniques sur l'homme s'impose comme méthode de validation de l'efficacité des médicaments, en raison notamment de la nécessité de contrôler l'essor de l'industrie pharmaceutique (Marks 1997): c'est le sacre en particulier de l'essai randomisé dans lequel un groupe placebo assure un contrôle accru de l'efficacité – garantie en plus par le procédé en « double aveugle » (ni l'expérimentateur, ni les sujets ne savent qui est dans quel « bras »). Il en résulta une augmentation considérable du nombre des essais cliniques et un besoin toujours plus grand de sujets de recherche que l'apparition du VIH ne fit qu'accélérer à mesure que de nouvelles molécules et protocoles devaient être testés avant d'être mis sur le marché.

De ce fait, les politiques sanitaires au Sud ont été transformées par les géographies mouvantes de la recherche clinique et pharmaceutique menée au Nord et leur migration au Sud, en quête de sujets humains pour la recherche et afin d'y tester des thérapies « adaptées » aux contextes sanitaires. Cette accélération engendra une « variabilité éthique » : les normes de l'éthique biomédicale ne furent

pas entendues et appliquées de la même façon au Nord et au Sud (Petryna 2005a). Dans certains pays pauvres ou dans des systèmes de santé effondrés, la participation aux essais cliniques était la seule façon pour accéder à des traitements. Pour A. Petryna, cette délimitation floue entre le soin et la recherche médicale concourt à une « expérimentalité » et à une distinction de plus en plus problématique entre le sujet de l'essai clinique et le patient consommateur de médicament.

L'accès aux médicaments : une entreprise expérimentale ?

Des expérimentations cliniques ont été réalisées sur le VIH en Afrique alors que les médicaments efficaces existaient mais n'étaient pas disponibles dans ces États: ce fut le cas des essais sur la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant qui tentèrent d'évaluer une dose minimale efficace d'AZT puis de l'essai sur la Névirapine en dose unique dans la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant (PTME) également. Ces essais provoquèrent de très virulents débats au sein de la communauté internationale (Lurie et Wolfe 1997; Angell 1997; Wendland 2008; Crane 2010a), en particulier deux types de controverses sur l'éthique. D'une part des scientifiques se sont insurgés contre l'utilisation d'un groupe placebo (c'est-à-dire à qui n'était donné aucun médicament) et ont dénoncé le non-respect de l'éthique de la recherche biomédicale. Étant donné que l'AZT était efficace et bien que non disponible au Sud, la présence d'un groupe placebo est apparue scandaleuse, d'autant plus qu'elle n'a jamais été acceptée au Nord. D'autre part, dans des contextes d'urgence sanitaire, de nombreux médecins qui, localement encourageaient ces recherches promettant des thérapies adaptées à leurs contraintes sanitaires et financières, ont été critiqués pour promouvoir des protocoles « allégés » pour les pays pauvres: ces débats portaient sur l'éthique de la santé publique. La complexité des questions éthiques soulevées par l'accès aux soins ne peut être résolue par des opinions tranchées. Surtout, en Afrique, elles doivent être soumises à une évaluation sociohistorique, liée notamment à l'histoire de l'expérimentation médicale pendant la période coloniale.

Les enjeux scientifiques et en particulier la recherche biomédicale doivent être envisagés dans le contexte de l'histoire de la médecine sur le continent africain. Dans le cadre de la lutte contre les grandes endémies comme la lèpre, la trypanosomiose (maladie du sommeil) et l'onchocercose, dans la période coloniale comme dans l'Afrique postcoloniale, l'intervention médicale allia expérimentation sur les êtres humains et campagnes de masse (de traitement, de vaccination), sans cadre légal et sous prétexte d'une mission civilisatrice et paternaliste (Bado 1996). L'épidémie de sida, en étant l'objet d'une très intense activité scientifique et biomédicale, mais favorisant l'accès aux soins des populations, réactualise chez les populations des inquiétudes liées à ce passé colonial et à l'utilisation de « l'Afrique comme champ d'expérimentation ». La notion d'expérimentation sera donc évaluée pour voir si elle permet de rendre compte du rôle des acteurs biomédicaux au cœur d'intérêts multiples autour du programme national d'accès aux ARV au Botswana. Le poids des acteurs et des institutions nationales au Botswana constitue-t-il un contrepoint à ce type d'analyse en termes d'expérimentation ? La convergence d'une multitude d'acteurs biomédicaux, de partenariats de recherche sur le sida ne procède-t-elle pas plutôt d'une économie politique dans laquelle l'accès aux soins en Afrique est devenue une configuration attractive pour permettre aux acteurs de conduire une

série de recherches scientifiques, d'intervenir sur le plan biomédical, de mener des programmes de santé publique et de réaliser des projets de développement économique ?

L'intervention déterminée par l'attractivité des sites

Je propose en effet pour discuter la notion d'expérimentation de montrer que l'investissement des acteurs biomédicaux est déterminé par l'existence de pays où il est possible de recruter « vite » des patients dont les caractéristiques biologiques coïncident avec les besoins de recherche. Le Botswana en tant que « site de recherche » offre aussi un cadre bureaucratique légal, des institutions fiables, une main d'œuvre qualifiée en somme un « environnement propice ». C'est la raison pour laquelle je mobilise la notion d'attractivité afin de proposer de penser ensemble, comme en économie politique, le territoire, l'économie, le mode d'organisation institutionnelle, et d'envisager l'existence de sites ou pays qui sont conformes (et qui se conforment) à tel ou tel type d'intervention. L'attractivité s'avère utile pour entrevoir l'agencement des enjeux politiques et scientifiques autour du soin car il s'agit d'un phénomène paradoxal qui crée des frictions et des tensions dans les interprétations des acteurs.

Dans son dernier ouvrage, A. Petryna (2009) décrit les modalités de la migration des essais cliniques vers le Sud, vers des « sites attractifs » ou « destinations populaires » comme le Brésil, la Pologne ou la République Tchèque. Elle propose la notion d'« expérimentalité » qui conditionne le déplacement des essais cliniques vers le sud mais elle ne donne pas de définition systématique de ce qu'est un site attractif, une notion qui s'avère intéressante afin de saisir la réciprocité des intérêts, des échanges entre acteurs, ainsi que leurs attentes, et leurs représentations. J'émet donc l'hypothèse d'une notion heuristique permettant de mettre en évidence les tensions et les opportunités, sur le plan politique et de la santé publique, en lien avec le rôle des acteurs biomédicaux et des responsables de santé publique. Afin de proposer un approfondissement à l'idée de « sites attractifs », une réinscription historique dans le temps long s'impose.

Un continent redevenu attractif pour l'intervention sur la santé

Sur le plan épistémologique en effet, l'attraction permet de saisir les tensions tout en pensant l'historicité de l'intervention biomédicale, la réciprocité des demandes et des attentes et de prolonger des questionnements propres à la littérature africaniste. A la suite de l'ouvrage de F. Cooper et A. Stoler, *Tensions of empire: colonial cultures in a bourgeois world* (1997), il s'agit de saisir la réciprocité des échanges afin d'éviter de considérer l'intervention biomédicale comme une logique extérieure, surplombante. L'intervention prend forme en effet dans le cadre d'un projet national, redéfini dans des frontières nationales ; elle est modelée par des attentes en termes de santé publique et réaménagée dans des projets (et des revendications) de développement économique et politique. L'attractivité indique une certaine affinité entre des projets de recherche bilatéraux et une quête de modernisation nationale.

Dans la perspective d'une réflexion sur la relation de l'Afrique au monde, je suggère la possibilité de repenser l'idée d'un continent rendu attractif par l'avènement des trithérapies pour lutter

contre le sida. Je reprends – et entend prolonger, un article écrit par Jean-Pierre Dozon, « D'un Tombeau l'Autre » (1991) au moment où l'infection à VIH s'étendait de façon incontrôlée en Afrique dans un contexte d'impuissance médicale. La seule façon d'envisager la maladie en Afrique à ce moment était le prisme de son origine en Afrique et de ses modes de transmission : une épidémie hétérosexuelle qu'expliquaient les comportements sexuels. J.-P. Dozon se demandait si, avec son lot de peurs démographiques et d'images de mort, le sida ne redéfinissait pas le double mouvement d'attraction/répulsion qui qualifiait historiquement la relation de l'Occident à l'Afrique en la faisant pencher à nouveau du côté de la répulsion. Tandis que la conquête coloniale s'était faite dans un mouvement de rejet de ce « tombeau de l'homme blanc » synonyme de maladies et de mort (répulsion), l'installation coloniale et la domination exercée notamment grâce aux révolutions scientifiques et à une biomédecine toute puissante dans les colonies avaient fait basculer la double contrainte dans le sens de l'attraction ou de la domestication. La décolonisation poursuivait cette phase d'espérance, de croyance en la modernité du développement et au progrès scientifique et malgré les premières crises de la post indépendance, « l'Afrique demeurait attractive pour les Occidentaux » (1991, 143). Mais l'ampleur prise par le sida en Afrique, considéré comme son berceau et sa terre d'élection, réactiva soudainement le spectre d'un continent « à la dérive » qui serait son propre tombeau. Dès lors, sur le plan de son insertion au système international et comme le prédisait D. Bourmaud, « l'Afrique s'affirmerait sur la scène internationale par la crainte qu'elle susciterait, d'autant plus efficacement que le registre de la nuisance semble rendre inopérants les registres traditionnels de l'action diplomatique » (1997).

La massification des antirétroviraux en Afrique n'a-t-elle pas replacé le continent dans le sens de l'attraction ? Les ravages de l'épidémie de sida, puis l'ampleur des transformations amenées par les thérapies ne définissent-ils pas une nouvelle modalité d'appartenance de l'Afrique au monde, ou d'« extraversion » (Bayart 1999), un processus dans lequel les sociétés sont parties prenantes ?

Approches théoriques

Mon intérêt pour l'accès aux médicaments et les politiques de santé en Afrique remonte à près de dix ans et est lié à une double formation : initialement en histoire, sciences politiques et relations internationales avec une spécialisation sur l'Afrique subsaharienne ; en sociologie et en anthropologie ensuite. Je me suis dans un premier temps intéressée aux dynamiques politiques et internationales africaines, notamment grâce à un poste de jeune chercheur sur l'Afrique à l'Institut de relations internationales et stratégiques entre 2001 et 2003. Dans le cadre de ce travail, j'observai au tournant des années 2000 la déclaration du VIH/sida comme un « enjeu de sécurité n°1 en Afrique » par le conseil de sécurité de l'ONU. La lutte contre le sida devenait un objet des relations internationales (Altman 2003; Elbe 2002; De Waal 2003) et pourtant, les outils des relations internationales s'avéraient insuffisants pour étudier toutes les dimensions de ces constructions et de leurs conséquences (Chabrol 2002). Grâce à un DEA en sciences politiques (Paris 1-Sorbonne) mené sous

la direction de Daniel Bourmaud et la supervision de Fred Eboko, sur les déterminants de la politique publique d'accès aux ARV en particulier sur la notion d'urgence nationale¹⁹, j'ai effectué en juillet-août 2004 un premier terrain d'enquête au Botswana²⁰. J'ai réalisé environ quinze entretiens avec les acteurs associatifs et de santé publique et constitué une première matière à partir de ces données et observations. J'ai suivi ensuite différents séminaires dans le cadre du Cemaf (Paris 1) et à l'EHESS²¹ afin de parfaire mes connaissances en anthropologie. Cette double formation m'a permis de pouvoir, dans le cadre de la recherche en thèse, procéder à un recueil de données empiriques selon une méthode ethnographique puis de les analyser avec les outils théoriques suivants.

En plus d'une démarche ethnographique, j'ai cherché à historiciser le travail de recherche afin de proposer une analyse sociologique de la constitution d'un État prenant soin de sa population et d'un terrain attractif pour l'intervention biomédicale. Afin de saisir à la fois la façon dont les sociétés administrent la santé et pour « rendre intelligible le sens de l'action publique » (Fassin 2006a), je situe mon travail à l'intersection entre trois approches théoriques : l'anthropologie politique et morale de la santé publique ; l'histoire et l'anthropologie de la biomédecine au Sud ; la sociologie historique et politique de l'État en Afrique.

En premier lieu, l'anthropologie politique et morale de la santé publique que Didier Fassin a développée est structurante en tant qu'approche théorique et comme principe d'enquête empirique. Il s'agit d'étudier l'espace politique de la santé (Fassin 1996) ou la santé publique en discours et en actes. Ses recherches ont contribué à une critique des explications culturalistes et comportementalistes des enjeux de santé au profit d'une prise en compte des inégalités sociales présentes et incorporées (sur le sida en Afrique, voir : Dozon et Fassin 1989). En Afrique du Sud, cette anthropologie politique et morale de la santé a mis à jour le passé dans le présent en réinscrivant la souffrance des malades dans une histoire héritée de la période de l'apartheid afin d'éclairer les controverses politiques au sommet de l'État. De même que Paul Farmer l'avait fait pour Haïti, l'histoire et les rapports sociaux sont entrevus dans les pratiques et le traitement au quotidien (politiques de soin, politiques d'immigration). F. Eboko a quant à lui effectué un pont entre l'anthropologie et la science politique en modélisant des modèles de réponses politiques face au sida en Afrique (Eboko 2004; 2005b; 2005a).

Le deuxième ensemble de travaux qui me permet d'articuler l'étude des pratiques de soin aux politiques de santé est l'histoire et l'anthropologie de la biomédecine dans les pays du Sud et singulièrement en Afrique ou dans les contextes postcoloniaux (Vaughan 1991; Hunt 1999; Livingston 2005; Geissler et al. 2008; Nguyen 2010; Packard 1989). Ces travaux ont analysé les emprunts et les circulations autour des matérialités biomédicales, en particulier autour du médicament (Van der

¹⁹ « Politique publique et VIH/sida au Botswana : dynamiques internationales et locales d'une urgence nationale », mémoire de DEA (Diplôme d'Études Approfondies) de Science politique (Études africaines), sous la direction de Daniel Bourmaud, Université de la Sorbonne, Paris.

²⁰ Avec le soutien de l'Institut Français d'Afrique du Sud (IFAS) de Johannesburg.

²¹ En particulier, entre 2004 et 2008, le séminaire sur les « terrains sensibles, objets risqués » (M. Agier, J.-P. Dozon, D. Fassin) et les séminaires en anthropologie du corps et de la santé, anthropologie politique et morale, économie morale et action politique (D. Fassin).

Geest, Whyte, et Hardon 1996; Petryna 2005b; Petryna, Lakoff, et Kleinman 2006) ou dans l'histoire de la lutte et du traitement d'une pathologie comme la tuberculose ou le paludisme (Packard 1989; Packard 2007). L'éthique biomédicale est étudiée à l'épreuve des contextes politiques locaux, par exemple les travaux récents de Johanna Crane sur les partenariats de « santé globale » en Ouganda (Crane 2010b; Crane 2010a) à la suite d'A. Petryna ou dans deux thèses récentes (Couderc 2011; Gerrets 2010). Plusieurs auteurs (Rottenburg 2009; Nguyen 2009; Lachenal 2010) ont initié des débats enthousiasmants autour de l'« expérimentation » pour penser les logiques de l'intervention et de la santé publique contemporaine en Afrique. J'ai participé avec eux en 2009 à des réunions à Leipzig (European Conference on African Studies) et à Halle (Max Planck Institute for Social Anthropology) avec le groupe Law Organisations, Science and Technology (LOST), qui m'ont aidée à mettre en forme certaines réflexions. C'est sur la richesse de ces discussions que j'ai pu éprouver la métaphore du laboratoire et la question de l'expérimentation (Nguyen 2009; Rottenburg 2009) à l'aune de mes données et pu en entrevoir la dimension heuristique et aussi ses limites c'est-à-dire l'usage contrôlé qu'il convient d'en faire (Lachenal 2010).

Enfin, fidèle à ma formation initiale (histoire de l'Afrique et science politique), ce travail s'inscrit dans la lignée d'une sociologie historique et politique de l'État africain contemporain (Bayart 1989; Mbembe 2001; Banégas 2003; Ferguson 2006; Médard 1999; 2000; Nyamnjoh 2006). Il s'agit d'analyser l'État à travers ses politiques et ses pratiques ou « le politique par le bas » c'est-à-dire à la fois l'État dans sa définition webérienne (détenteur du monopole de l'usage de la violence légitime), le politique tel qu'il est institutionnalisé, administré mais également l'État saisi dans les rapports de pouvoir et dans son inscription sociale. Ces deux approches complémentaires permettent d'envisager dans le temps long des dynamiques de construction nationale, les registres de l'autochtonie et de la xénophobie (Eboko 2004; 2005a; 2005b). L'État en Afrique doit être saisi au quotidien et dans les pratiques administratives, l'espace public et le traitement des malades. Cela peut donner à voir l'État dans les processus d'extraversion, d'insertion au cœur des relations économiques, financières, diplomatiques contemporaines auxquelles il participe pleinement (Bayart 1999; Eboko 2005b; Mbembe 2001). Ici je mobilise les outils de science politique, non pour une approche théorique en particulier (néo-institutionnalisme historique, approche cognitive), mais comme une boîte à outils me permettant par exemple de mobiliser la notion d'« intérêt »²² (Palier et Surel 2005) pour entrevoir les logiques d'action collective et les interactions entre les acteurs, la confrontation de leurs stratégies.

J'emprunte des outils épistémologiques qui sont communs à ces trois ensembles théoriques :

- l'attachement à l'ethnographie : incontournable pour les anthropologues, plus récent pour les sociologues et politistes, une découverte initiatique dans le cadre de ma recherche. La pratique de l'ethnographie a pour finalité de réinscrire les niveaux d'observation empirique dans des matrices d'analyse plus larges (de l'ethnographie à la sociologie politique) ;

²² Les Trois I désignent les Intérêts, les Institutions et les Idées, trois notions qui sont au cœur de l'analyse sociologique et qui désignent trois séries d'éléments d'analyse des politiques publiques. « Il s'agit moins d'un modèle au sens strict, c'est-à-dire d'un cadre d'analyse cohérent, que d'une approche qui vise à dépasser un certain nombre de limites associées aux courants classiques de l'analyse des politiques publiques », Surel, Y., « Trois I » (Boussaguet, Jacquot, et Ravinet 2004, 452-459).

- l'intérêt pour la comparaison qui m'a incitée à puiser dans les expériences de l'accès aux traitements en Afrique du Sud, au Cameroun (court séjour en 2006) et au Burkina Faso (courte mission en 2009), stimulée par des collaborations étroites entretenues avec F. Eboko (projet Corus), avec des jeunes chercheurs du Réseau sciences sociales et VIH/sida travaillant sur l'Afrique. J'ai également nourri un intérêt, à partir de sources secondaires, pour les cas du Sénégal (Mbodj 2009; Couderc 2011; Ouvrier 2011), de la Côte d'Ivoire et du Burkina Faso (Nguyen 2010), de l'Ouganda (Demange 2010), de la Tanzanie et du Kenya (Geissler 2005).
- un impératif de réinscription historique qui engage à relier l'histoire des épidémies et de la médecine en contexte colonial et postcolonial, et de considérer l'Afrique au monde comme participant à une histoire d'extraversion (Bayart 1999).
- une réflexivité sur la recherche en science sociales et ses méthodes qui donne les outils pour jauger non pas la contribution de l'Afrique au reste du monde mais, à partir du sida et de la médecine, les tensions que génère cette contribution du continent africain au développement scientifique et thérapeutique global.

Ancrée à ces corpus théoriques je propose de les mobiliser dans le cadre d'une sociologie politique de la santé publique/du médicament face au sida au Botswana. Une fois *disqualifiée* « l'exceptionnalité botswanaise » comme question de départ, la thèse entreprend son dépassement épistémologique : l'exception n'est plus la clé de compréhension au terme d'un itinéraire croisant les approches théoriques décrites. Ce dépassement est rendu possible par le croisement de deux objets (le médicament, l'État) et d'une proposition théorique : « prendre soin de sa population ».

La thèse interroge l'accès aux antirétroviraux donc le médicament. Le médicament est un « produit pharmaceutique qui a fait l'objet d'une production industrielle, sur la base de recherches scientifiques relevant de la biologie, de la biomédecine et de la pharmacie » (Desclaux et Levy 2003). Nés de l'essor de l'industrie pharmaceutique au début du 19^e siècle, en particulier les découvertes majeures après la seconde guerre mondiale, les médicaments ont proliféré à la fin du 20^e siècle avec l'essor de l'industrie pharmaceutique. Dans le contexte du sida, les antirétroviraux ont façonné l'activisme thérapeutique (patients, associations, États) et ont agi comme les révélateurs d'un état du monde social et des inégalités économiques au niveau mondial. Si le médicament est un bien matériel produit, échangé, consommé, il est aussi au cœur de relations sociales (Fainzang 2001) et au quotidien il a une place de plus en plus importante pour les individus et les sociétés²³. La thèse s'intéresse au médicament en tant qu'objet d'affrontement politique et économique, dans une approche d'économie politique, à l'articulation entre le local (épidémiologie, système de santé, politique de santé publique) et le global (transformations au niveau international, régime des brevets, philanthropie pharmaceutique). Comprendre ces imbrications conduit à envisager différentes étapes

²³ Le médicament peut aussi se définir comme « une substance qui a le pouvoir de transformer le corps, un pouvoir de transformation qui est objectivé et produit, (...) qui peut être nocif ou bénéfique » (Van der Geest, Whyte, et Hardon 1996, 5), qui est le support de multiples utilisations par les individus, les groupes. Ce n'est toutefois pas ce type d'usage du médicament qui est centrale dans la thèse ni *a fortiori* une approche culturelle.

de la vie du médicament²⁴ en particulier le processus entourant à sa mise à disposition dans le système de santé : la recherche clinique, la commercialisation, la distribution, l'évaluation de santé publique. Ces étapes mettent en scène des acteurs ayant des intérêts et des stratégies particuliers : leaders de l'industrie pharmaceutique, chercheurs biomédicaux, responsables nationaux de santé publique, responsables associatifs, médecins, citoyens. Sont en jeu les calculs élaborés par ces acteurs pour maintenir en vie la population, à partir de l'octroi de médicaments, à l'articulation entre savoirs et pouvoirs autour du médicament (Fassin 2007).

A partir des médicaments antirétroviraux, la thèse propose une sociologie politique de la santé publique et de l'État au Botswana. En retraçant le processus de leur mise à disposition c'est-à-dire comment ont été surmontées les contraintes liées à leur prix et à leur utilisation (stricte observance, surveillance), les alliances qui ont permis sa distribution, l'objectif est de percevoir le sens politique dont ils sont investis. L'accès au médicament est aussi conditionné localement (entrevue avec le médecin, inscription dans un programme, carte d'identité). La « lunette pharmaceutique » est donc une façon d'observer les types de pouvoir et de contrôle que les États endossent (ou abandonnent) en ce qui concerne la santé de leurs citoyens (triage, modalité d'octroi, coût, acteurs, etc.). L'élaboration du programme d'accès aux ARV et en particulier l'inscription des patients dans le programme de soin est envisagée comme un ensemble de politiques (soin, dépistage, formation) et de pratiques (accueil des patients, relations soignants-soignés, etc.). Cet ensemble de pratiques et de politiques ouvre la voie vers une compréhension de l'État, du degré d'étatisation dans les opérations de régulation (étatisation ou ONGisation) (Petryna, Lakoff, et Kleinman 2006, 19), c'est-à-dire qu'il permet de regarder le gouvernement par le médicament (et sans le médicament) ou le *gouvernement* dans le sens de Foucault (2004), dont la population est l'objet d'intervention, et qui est constitué par un ensemble de relations de pouvoir orienté vers la survie de la population, principalement coordonné par un État providence qui définit une population bénéficiaire de droits et de devoirs, droit au médicament en particulier. La population est définie de façon restrictive et sous la forme de la possession, car c'est la citoyenneté qui est en jeu ce qu'elle octroie concrètement aux citoyens et n'octroie pas aux étrangers. « Prendre soin sa population » est une façon de montrer que la population ainsi délimitée pour recevoir des médicaments est également définie et étudiée par des dispositifs d'expérience et de savoirs (essais cliniques, projets de recherche) et des programmes philanthropiques et pharmaceutiques destinés à bénéficier à une population en particulier, dans un pays choisi.

²⁴ D'après van der Geest et al., une anthropologie des médicaments peut proposer une approche biographique du médicament en l'étudiant « depuis la recherche préclinique jusqu'aux expérimentations sur l'homme, sa fabrication, sa distribution, prescription et consommation ; chacune de ces étapes représente un « contexte spécifique, des acteurs et des transactions caractérisées par certaines idées et valeurs » (1996, 153). Pour un exemple récent d'une approche biographique du médicament, la névirapine en l'occurrence, voir Fassin (2007).

Méthodologie

L'enquête ethnographique

L'enquête ethnographique a été menée à Gaborone pendant plus de 10 mois, entre 2007 et 2009. La méthode ethnographique n'a pas été réservée aux services hospitaliers dédiés aux malades du sida. A la suite du travail effectué par D. Fassin en Afrique du Sud (2006a), l'ethnographie, appliquée à une recherche sur les enjeux sociaux, politiques et moraux, a concerné tout un ensemble de lieux moins traditionnels ou attendus dans une enquête portant sur la santé : réunions associatives, conférences nationales et internationales, collaborations universitaires. Également, les institutions et administrations nationales ont été des sites d'enquêtes instruisant sur l'« État en pratique » par exemple dans le cadre d'interactions répétées avec le service de l'immigration²⁵.

Observations à l'hôpital Princess Marina, Gaborone

En vue de conduire ce travail de recherche dans le cadre d'une thèse en sociologie nous avons décidé avec mon directeur de thèse, Didier Fassin, de placer au cœur de l'enquête un terrain ethnographique à l'hôpital. L'hôpital peut être considéré comme le reflet de l'organisation de l'État et de la société au même titre que dans le travail que D. Fassin entreprenait avec ses collaborateurs sud-africains à l'hôpital de Soweto à Johannesburg. Il s'agissait de considérer l'hôpital à la fois comme institution biomédicale et comme espace social révélant voire renforçant les processus sociaux et culturels d'une société donnée (Andersson et Marks 1989; Van der Geest et Finkler 2004).

J'ai conduit des observations au service des Urgences (158 heures d'observations, de janvier à avril 2007) puis, ensuite, au sein du service dédié aux patients séropositifs (Infectious Disease Care Clinic, que j'appelle « centre ARV », (112 heures, de février à juin 2007). Les observations ont été étendues au sein du service de gynécologie (42 heures d'observations), submergé par la prise en charge de la suite de fausses couches et d'avortements. Plus ponctuellement je me suis rendue dans le service de médecine interne (10 heures), dans lequel participent de nombreux cliniciens et étudiants en médecine de l'Université de Pennsylvanie (États-Unis) et d'autres services, pour accompagner des soignants et des patients (échographie, salle de travail, radiographie, laboratoire).

À l'hôpital Princess Marina, durant six mois j'ai ainsi recueilli des observations sur la prise en charge des malades, l'organisation des soins, les protocoles, l'accueil des patients, les relations médecins-patients, en somme le « traitement » des patients. J'ai utilisé ces observations et les discussions avec les soignants pour mettre en évidence le travail moral effectué par les soignants en particulier autour des antirétroviraux, considérés comme un bien précieux, mettant en jeu l'observance et l'obéissance. J'ai approfondi un volet de l'enquête concernant les femmes botswanaïses qui bénéficient de traitements ARV pendant leur grossesse, et j'ai également documenté les suites des avortements ou des fausses couches qui instruisent sur les rapports de pouvoir, de

²⁵ J'ai eu à me présenter de façon régulière au service de l'immigration, afin de régulariser ma situation et celle de ma famille notamment pour tenter de prolonger le séjour de mon compagnon et de notre fille qui finalement n'a pu excéder 6 mois car nous n'étions pas mariés.

genre, des inégalités sociales et les hiérarchies professionnelles, ainsi que sur les profondes tensions entre nationaux et étrangers.

Institutions nationales, implication associative, collaborations universitaires

Ce travail d'observation hospitalière a été intégré à une enquête auprès des institutions nationales (le programme national d'accès aux ARV Masa, le ministère de la santé, les agences de coopération) et des associations ou réseaux d'associations. Durant sept mois d'enquête à Gaborone en 2007 j'ai réalisé une ethnographie multisituée, qui, outre l'hôpital, me conduisait à participer à des réunions à l'université du Botswana, à des « workshops » et conférences, des ateliers de recherches (à UB). J'étais bénévole, à raison d'un jour par semaine, auprès du Réseau botswanais sur les enjeux juridiques et éthiques en lien avec le sida (BONELA) afin de mettre en place une revue – que nous avons qualifiée de semi-académique – sur le sida au Botswana²⁶. Le travail de collaboration avec le département de sociologie du Botswana a également été un site d'enquête fructueux, par la richesse des interactions avec les membres du projet Schapera avec lequel j'étais affiliée, l'intérêt porté aux procédures administratives, aux relations des enseignants avec leurs étudiants, aux obstacles rencontrés par les chercheurs pour effectuer des enquêtes empiriques (et critiques). Ma participation dans le projet Corus (IRD) associant le Cameroun, le Burkina Faso et le Botswana autour de l'action publique face au sida m'a ainsi amenée à prendre en considération les tensions intrinsèques aux partenariats de recherche Nord/Sud au temps du sida.

Entretiens

La plupart des entretiens ont été réalisés lors de « retours sur le terrain », échelonnés entre 2008-2009. Ce deuxième temps de l'enquête a été précieux grâce à l'établissement d'une distance temporelle et géographique du terrain, ainsi qu'à un travail de réflexivité et d'analyse préliminaire du matériau avant de poursuivre l'enquête. C'est dans ce deuxième temps que j'ai effectué le recueil des discours sur les pratiques et leur appréciation par d'autres informateurs (triangulation), qui garantit la rigueur de la méthode (Vidal 2005; Olivier de Sardan 2008). Au cours de plusieurs missions de terrain complémentaires (janvier-février 2008, octobre-novembre 2008, septembre-octobre 2009), à caractère plus intensif, j'ai mené la plupart des entretiens (tableau synthétique en annexe : 59 entretiens en totalité, entre 2004 à 2009, environ la moitié ont été enregistrés). J'ai orienté ces entretiens soit sur des informations précises (avec des partenaires techniques, par exemple), soit sur un recueil de mémoire institutionnelle (entretiens répétés avec des responsables de santé publique). D'ailleurs, c'est en m'adressant plusieurs fois à certaines personnes : patientes devenues des amies, aussi bien que responsables de santé publique, et dans le cadre d'entretiens enregistrés (et répétés, d'un séjour à l'autre) que j'ai trouvé une réelle matière permettant un approfondissement de ma compréhension des enjeux du traitement du sida (cas de Neo, Marylin, Dr Joy Alma, Dr Howard Moffat). Probablement la distance du terrain a-t-elle contribué à cet épaississement, tout comme sa déconnexion du processus d'observation. Le fait même de revenir a facilité le relâchement des

²⁶ The Botswana Review of Ethics, Law and HIV/AIDS (BRELA), le premier numéro est sorti en juin 2007, le second en 2008 et le troisième en 2009. Voir <http://bonela.org/publication/brela.html> (19/3/2012).

situations d'entretien, parfois tendues au départ, au bénéfice de l'installation d'une confiance envers ma démarche. Ces entretiens plus ciblés concernaient la perspective des acteurs sur les politiques de santé, l'organisation des soins ainsi que le rôle des acteurs de recherche biomédicale.

En effet, dans une troisième phase d'enquête j'ai procédé à d'ultimes entretiens très ciblés et menés hors du Botswana, en particulier à Boston, à Tours et à Paris avec des chercheurs de l'école de santé publique de Harvard et des acteurs de l'industrie pharmaceutique. J'ai conduit en mars 2011 un entretien avec le directeur exécutif du Harvard AIDS Institute à Boston puis un entretien avec un chercheur français ayant collaboré avec l'équipe de Max Essex. En mai 2012 j'ai obtenu deux entretiens chez Bristol Myers Squibb avec la responsable du programme d'accès aux médicaments et avec le président de la fondation Bristol Myers Squibb²⁷. Pour comprendre l'importance de cette dernière étape, il convient de donner des précisions sur les enjeux éthiques puis sur le processus de construction de l'objet de recherche.

Enjeux éthiques

La plupart des articles scientifiques concernant la santé dans les « grandes revues internationales » consacrent désormais un paragraphe précisant que l'éthique de la recherche a été respectée, le protocole soumis au comité d'éthique, les patients informés de la recherche et l'ayant approuvée par la signature du formulaire de consentement. Ce n'est pas à cet exercice que je me livre au terme de l'introduction générale mais à un éclairage sur les débats autour de la soumission des sciences sociales aux règles codifiées par l'éthique biomédicale. La particularité de mon enquête n'est pas d'avoir été confrontée à la soumission à un comité d'éthique du ministère de la santé : la plupart des recherches sur le sida et/ou à l'hôpital le sont. Elle est plutôt d'avoir fait de cette soumission même un objet d'interrogation au moment où ces questions étaient mises en problème (Lederman 2006; Fassin 2008a; 2008b; Desclaux et Sarradon-Eck 2008). J'ai pu à la fois comprendre les enjeux politiques soulevés par la recherche que je menais et également penser ma démarche de recherche dans le cadre d'une réflexion sur l'éthique.

Le comité d'éthique : la première version du protocole refusée

J'avais établi une collaboration avec les membres du Projet Schapera du département de sociologie de l'Université du Botswana (rencontrés en 2004 dans le cadre de mon DEA). Dotée d'une affiliation locale avec ce projet, j'ai soumis en février 2006 mon protocole de recherche pour examen par le Human Research and Development Committee (HRDC), le comité d'éthique du ministère de la santé²⁸. Mon protocole présentait à la fois la démarche ethnographique et les précautions demandées en termes de protection des sujets de la recherche (information, consentement écrit). Mon protocole fut refusé, probablement car la démarche socio-anthropologique n'entrait pas dans les cadres attendus des protocoles biomédicaux. J'ai repris mon projet et l'ai retravaillé en mettant en avant

²⁷ Je n'ai cependant pas pu m'entretenir avec un responsable de la compagnie Merck qui est aussi directement investie dans le soutien aux programmes botswanais.

²⁸ Voir l'ensemble des documents concernant le processus d'approbation du permis de recherche dans les annexes (« Annexe Permis de recherche »).

l'importance d'une articulation entre l'organisation des soins et les politiques de santé publique, plutôt que sur l'observation des pratiques des soignants. Lors de la deuxième soumission, on me demanda des amendements mineurs. Le ministère de la santé approuva en juillet 2006 la seconde version de mon protocole de recherche, plus consensuelle, et m'octroya un permis de recherche pour un an²⁹. Puis afin d'être autorisée à conduire mon enquête à Princess Marina, je devais en faire la demande aux autorités de l'hôpital.

La demande d'autorisation à l'hôpital Princess Marina

Le sujet étant sensible, je redoutais la soumission de mon protocole à l'hôpital, une institution qui ne se laisse habituellement pas aisément observer par les chercheurs en sciences sociales. Pourtant, alors que l'approbation de mon projet de recherche fut délicate, à l'hôpital, les portes s'ouvrirent. Je me présentai spontanément au directeur de l'hôpital, Dr Malefho, munie du permis de recherche en janvier 2007. À l'issue d'une courte conversation il fit rédiger une lettre dans laquelle il priait l'ensemble des responsables de département de me laisser circuler dans les différents services de l'hôpital³⁰. Cette liberté plutôt inhabituelle compte tenu du contrôle exercé par le comité d'éthique au ministère de la santé et à l'hôpital (selon le récit d'autres chercheurs) s'est avérée déterminante pour mes recherches car elle me permettait de m'écarter des seuls lieux de soin pour les malades du sida, de regarder les écarts de traitements et de suivre une même personne dans son parcours à l'hôpital. Je n'étais pas astreinte à la définition initiale de mon sujet (l'accès aux antirétroviraux), ce qui ouvrit des pistes de recherche.

Le processus d'autorisation (de la recherche et du séjour) et l'ensemble des enjeux éthiques et politiques ont dès lors été intégrés à mon enquête. En particulier dans une recherche vouée à comprendre l'État face au sida, il fallait également aborder les conflits de légitimité et de loyauté opposant les chercheurs étrangers et les chercheurs locaux (Fassin 2008c). L'élucidation des contestations rencontrées dans le cours de l'enquête renseigne sur les enjeux locaux de nationalisme comme sur la structuration de la recherche internationale sur le sida.

Réflexivité et construction de l'objet

En effet, en plus de ces enjeux liés à l'éthique de la recherche tels que formellement énoncés, plusieurs étapes de l'enquête se sont avérées décisives afin de construire l'objet et pour procéder à ce travail de « singularisation » (Vidal 2004). J'avais en effet rencontré de fortes résistances auprès de certains acteurs à l'hôpital, en particulier la surveillante générale (« sister matron ») du centre de soins pour les malades du sida qui avait manifesté un agacement envers « tous ces chercheurs » qui viennent conduire leurs enquêtes, et qui ne reviennent pas : « Je suis préoccupée par la recherche ici (...) tout le monde vient nous voir, même ceux qui n'ont pas d'intérêt. Nous sommes un centre d'attraction » (conversation, centre ARV, 14 février 2007). C'est en menant une réflexion autour de cette notion de « centre d'attraction » puis en effectuant des observations décentrées (service des

²⁹ J'en obtins le renouvellement pour un an en juin 2008 et en mai 2009.

³⁰ Lettre du directeur de l'hôpital, reproduite en annexe.

urgences et de gynécologie) que je construisis l'objet de ma recherche.

En premier lieu, en ce qui concerne l'attraction, son usage courant est d'ordre métaphorique. A partir de la théorie physique newtonienne des lois de l'attraction, le mot désigne le mouvement d'attraction entre deux corps ainsi que la gravitation. Il appartient aussi au vocabulaire du sentiment, de la séduction et de la sexualité. Le terme est enfin couramment utilisé dans le domaine du tourisme et des activités de divertissement (une attraction touristique, un centre d'attraction). Ces usages ordinaires m'ont guidé, dans l'enquête empirique, afin de regarder les tensions autour de l'afflux de chercheurs venant au Botswana (et surtout à l'hôpital), les inquiétudes des acteurs au sujet de l'accélération des recherches sur le sida et la quête de réappropriation de ces connaissances scientifiques et de la valeur économique produite par l'intervention dans les projets de développement nationaux.

En 2008-2009, la participation à deux groupes de travail s'est avérée essentielle. Le premier dans le cadre de mon laboratoire, autour de Didier Fassin et Alban Bensa, dans le cadre d'une réflexion collective sur les « politiques de l'enquête », l'autre grâce aux journées doctorales sur « Implication, Positionnement, Réflexivité dans les recherches sur le VIH/sida aujourd'hui : enjeux méthodologiques et politiques » que nous avons organisées en avril 2008 et qui se sont étendues dans le cadre du Réseau Jeunes chercheurs sciences sociales et VIH/sida que nous avons créé en juin 2008³¹. Ce Réseau est devenu un espace collégial inédit dans lequel j'ai pu mener un travail réflexif et de dialogue avec les acteurs de la recherche sur le sida en France et au Sud. J'y ai dénoué l'écheveau des questions posées par les contestations et dont la formule du « centre d'attraction » rend bien compte : des enquêtes centrées sur le sida, occasionnant de multiples allées et venues de chercheurs, des recherches ayant peu d'ancrage local et ne donnant que rarement lieu à des retours envers les acteurs, mais dont les implications politiques, économiques et scientifiques sont complexes.

J'ai mis en évidence l'existence d'un *terrain surinvesti* et d'un *objet convoité* en travaillant notamment la métaphore ludique que sous-tend le mot « attraction » dans son acception populaire. La référence à un site comportant autant d'attraits, d'intérêts et d'opportunités me parut heuristique sur le plan de l'éthique de la recherche et de sa dimension politique. Un lien étroit s'établissait avec le programme national d'accès aux ARV – qui m'intéressait au départ en tant que politique publique – et les logiques de l'intervention biomédicale et d'organisations des soins. En effet, autour des patients séropositifs ou des personnes exposées au sida prenaient forme des « sites réservoirs » : l'hôpital (et l'université, à bien des égards) offrant la possibilité de recruter aisément des sujets d'enquêtes dans le

³¹ Les journées doctorales sur « Implication, Positionnement, Réflexivité dans les recherches sur le VIH/sida aujourd'hui : enjeux méthodologiques et politiques », avec le soutien du réseau Santé & Société de la Maison des Sciences de l'Homme Paris Nord et avec le soutien de l'ANRS et de Sidaction. Ces réflexions entre doctorants se sont étendues dans le cadre d'un Réseau créé en juin 2008 à la suite des journées doctorales que nous avons organisées, avec le soutien du Réseau Santé et Société, de l'ANRS et de Sidaction. Le réseau Jeunes chercheurs Sciences sociales et VIH/sida compte près de 100 membres, est affilié au réseau Jeunes chercheurs Santé et Société, reçoit le soutien financier de l'ANRS. Il comprend plusieurs commissions et porte à son actif l'organisation de séminaire à Paris et à Aix-Marseille (MMSH), la publication d'un ouvrage collectif (Chabrol et Girard 2010).

cadre de protocoles de recherche clinique, biomédicale (et en sciences sociales à UB). Cette proximité répétée avec d'autres assistants de recherche, des étudiants « post graduate » états-uniens préparant un mémoire en santé publique ou des médecins en formation furent autant de désagréments de l'enquête qui sont devenus heuristiques (Althabe 1990; Olivier de Sardan 2008). Je me suis intéressée aux logiques qui présidaient à la constitution de tels sites surinvestis ce qui m'a amenée dans le second et troisième temps de l'enquête à collecter des données pour pouvoir effectuer la généalogie de la collaboration entre le gouvernement du Botswana et l'école de Santé publique de Harvard (BHP), qui est au cœur de la dynamique du « site surinvesti ».

Enfin, en dernier lieu, grâce à la réflexion sur l'éthique dans le cours de l'enquête (Chabrol 2010), je fis de la « bousculade » autour du sida, un outil de singularisation de l'objet et un axe centrale de l'éthique de l'enquête. Il s'agissait de situer l'existence de cet objet dans une trame historique pour mieux prendre en considération les intérêts des acteurs scientifiques. Dès le milieu des années 1980, l'épidémie de sida se constitua comme un objet d'étude intrigant sur le plan épistémologique, que s'approprièrent les anthropologues. Ils furent interpellés par une forte demande adressée par les sciences biomédicales et certains d'entre eux effectuèrent des études comportementalistes et culturalistes. Puis, les anthropologues saisirent le sida comme un véritable objet d'investigation anthropologique³². Jean-Pierre Dozon parla d'un « objet riche », « singulièrement attractif » car, sur le plan anthropologique, il permettait d'appréhender le politique, l'identité, l'histoire des épidémies et de la médecine, il constituait un « phénomène multidimensionnel qui, partant de la sphère la plus intime, affectait ou concernait peu ou prou l'ensemble des rapports et des acteurs sociaux avec de fortes composantes ou conséquences économiques et politiques » (Dozon, 1997:109). Objet anthropologique riche, le sida demeura marqué par sa définition originelle par la médecine puis par des explications culturalistes, voire racistes (Dozon et Fassin 1989; Fassin 1999a).

Lorsque Marc-Éric Gruénais parlait d'« inconfort ethnographique » (1997) au sujet des études sur le sida, il empruntait en négatif l'expression de « confort ethnographique » utilisée par J.-P. Dozon pour désigner le confort que procurait au chercheur la conduite d'entretiens menés sur des objets « classiques » de l'anthropologie comme le culte ou les représentations de la maladie. L'inconfort renvoyait aux relations de longue durée avec des malades, la souffrance cruellement renforcée par l'absence de traitements disponibles et la perspective inéluctable de la mort (Dozon et Fassin 1989; Fassin 1999a) ainsi qu'au rôle de l'anthropologue, ses relations avec les médecins, les tensions épistémologiques et éthiques liées par exemple à des situations de non annonce au malade de sa séropositivité dans un contexte où les médicaments n'étaient pas accessibles. Étudier aujourd'hui le surinvestissement sur le sida et les antirétroviraux – de la part de médecins, de chercheurs biomédicaux et en sciences sociales m'a permis d'accéder à la compréhension de l'économie politique, à partir du dérangement occasionné par ces « visites académiques », allées et venues autour

³² Sur l'attrait que représente cet objet, les représentations et idéologies véhiculées par ces études comportementalistes lire la contribution à une sociologie de la recherche en sciences humaines sur le sida en Afrique proposée par Didier Fassin (1999).

du soin.

En ce qui concerne l'éthique de la recherche, je fus certes confrontée dans la présentation de l'enquête ethnographique aux exigences formulées par le comité d'éthique en des termes propres à l'éthique biomédicale. Mais, plutôt que de veiller à une protection des sujets humains qui n'est que formelle, je participais à un « processus de construction éthique de la recherche » (Fassin 2008a, 127), en me donnant, grâce à l'ethnographie, la possibilité d'un cadre souple, évolutif mais rigoureux de construction de l'objet. Aussi mon travail de recherche est-il empreint d'une préoccupation ou d'une « inquiétude » (*uneasiness*) (Fassin 2008c) sur l'usage qui est fait par les chercheurs du terrain en Afrique, au foisonnement de possibilités qu'il permet, à l'aspect bénéfique et gratifiant (*rewarding*) des données qu'il recèle pour les enquêtes et pour le chercheur en tant que personne (pour sa carrière) à ses attitudes sur le terrain, le dialogue entretenu après l'enquête. Un engagement éthique mieux à même de rendre compte de la réalité sociale étudiée.

PREMIERE PARTIE : L'INSCRIPTION
HISTORIQUE ET POLITIQUE DE LA LUTTE
CONTRE LE SIDA

Si l'on considère la santé publique comme étant un « domaine d'activité qui porte sur le bien-être des collectivités ou tout au moins sur la prévention des maladies et peut être sur la prolongation de la vie »³³ (Fassin et Hauray 2010, 7) il convient de retracer l'histoire d'une préoccupation politique pour l'administration collective de la santé ou l'émergence d'un espace politique de la santé afin de pouvoir étudier l'action publique et les politiques de santé publique. En relation avec ces questions liées à la santé, je retiens une acception large du « politique » comme « constitué des relations de pouvoir mobilisées dans l'espace public pour le contrôle des décisions et des actions qui ont pour objet des biens considérés comme collectifs » (Fassin 1996, 24).

Les études historiques et anthropologiques sur la genèse de la santé publique en Afrique ont été marquées par les approches suivantes: l'étude des systèmes thérapeutiques, des cosmologies locales (Comaroff 1981; Feierman et Janzen 1992); des études sur la médecine missionnaire (Johnson 2010; Landau 1995; Hardiman 2006; Comaroff et Comaroff 1991; Hokkanen 2007); l'histoire de la médecine coloniale, de l'expérimentation médicale et de la biopolitique coloniale (Comaroff 1993; Vaughan 1991; Andersson et Marks 1988; Arnold 1996; W. Anderson 1995; Packard 1989) ainsi que des études sur transformations sociales et politiques liées à la santé (Patterson 1981; Iliffe 1987; Iliffe 1998; Digby 2006). Ces différents travaux ont analysé le rôle pris par la médecine et la santé des populations dans le cadre de la domination coloniale et postcoloniale, un rôle caractérisé par la violence et la ségrégation raciale. Cette période fut marquée au Botswana (protectorat du Bechuanaland, établi à la fin du 19^e siècle) par une certaine inaction coloniale, laissant une importante marge de manœuvre aux pouvoirs traditionnels (comme prévue dans la doctrine de l'*Indirect Rule*³⁴). Ce désintérêt pour un territoire perçu comme inutile pour le pouvoir impérial eut des conséquences dans le domaine de la santé, en renforçant le rôle des missionnaires qui progressaient sur le territoire du Botswana précolonial en offrant des services médicaux.

L'attention portée à l'émergence d'un espace politique de la santé au Botswana permet d'engager dans une réflexion sociohistorique visant à étudier « le passé dans le présent et l'analyse des relations à distance qui lient entre eux un nombre sans cesse croissant d'individus » (Noiriel 2006). Ce regard contribue à la réflexion sur le développement de l'État africain contemporain (Fortes

³³ Les auteurs précisent que la santé publique est aussi une discipline académique, un champ social, une réalité épidémiologique et une pratique gestionnaire. Pour une définition extensive, Didier Fassin et Boris Hauray retiennent toutefois la définition de Charles-Edward Winslow: « La santé publique est la science et l'art de prévenir les maladies, de prolonger la vie et de promouvoir la santé et l'efficacité physiques à travers les efforts coordonnés de la communauté pour l'assainissement de l'environnement, le contrôle des infections dans la population, l'éducation de l'individu aux principes de l'hygiène personnelle, l'organisation des services médicaux et infirmiers pour le diagnostic précoce et le traitement préventif des pathologies, le développement des dispositifs sociaux qui assureront à chacun un niveau de vie adéquat pour le maintien de la santé (2010, 7-8).

³⁴ La règle de l'*Indirect Rule* appliquée en Inde, fut théorisée en Afrique par Lord Frederick Lugard agent de l'administration coloniale. Il s'agit de s'appuyer sur le gouvernement et l'autorité des chefs locaux pour la conduite des affaires dites « indigènes ».

et Evans-Pritchard 1955; Bayart 1989; Médard 1991; Médard 2000; Englebert 2002; Cooper 2002; Bates 2008; Gazibo et Thiriot 2009). En effet, la science politique africaniste a envisagé les traits de l'État africain selon une lecture wébérienne de la domination idéal-typique, de la confiscation et de la redistribution des ressources et « espace politique » (Bayart 1989). Dans ce cadre, la notion de néopatrimonialisme (Médard 1991) a été privilégiée pour expliquer la confusion croissante entre la sphère publique et la sphère privée, pour rendre compte des États faibles et déliquescents. En contrepoint des analyses en termes d'États faillis ou criminels (Bayart, Ellis, et Hibou 1997), l'étude de l'administration de la population et de la santé dans la période pré- et post-indépendance montre l'existence d'un pouvoir bienfaisant, se matérialisant dans le cadre d'un État développementaliste (Rostow 1995; R. A. Dahl 1971; Sindzingre 2007). La prise en compte des questions de santé a contribué à façonner la nation en tant que communauté imaginée et à renforcer la légitimité du pouvoir politique dans le cadre de l'État indépendant, à travers l'édification d'un système public de santé, par des efforts budgétaires et par un investissement politique et symbolique continu.

Dans le premier chapitre, je présente les différentes formes de pouvoirs qui se sont impliqués dans la gestion de la santé de la population (missionnaires, pouvoir colonial et administration locale) et je développe l'argument d'un « pouvoir bienfaisant ». Une personnalité politique, Seretse Khama, symbolise l'avènement de la nation indépendante et cette « bienveillance » qui se matérialise dans les réalisations de l'État développementaliste que le deuxième chapitre analyse face à l'épidémie de sida. Le chapitre 2 présente l'État confronté à l'épidémie de sida et la structuration politique de la réponse. Enfin, le troisième chapitre est consacré à la présentation de la configuration des acteurs de coopération qui ont choisi le Botswana comme bénéficiaire d'une série d'initiatives de type nouveau (acteurs philanthropiques et pharmaceutique, partenariat public-privé, mécanismes de financement de la lutte contre le sida).

Chapitre 1 – Pouvoirs, nation et santé publique, du 19^e à la fin du 20^e siècle

*“The health of the people in any country is a paramount factor (...)
We should use a little of that money to erect more hospitals and also dispensaries.
We should also try to attract more people to take up posts in this country as medical officers”*

(Seretse Khama, 38th session of African Advisory Council, May 1958)

La santé de la population d'un pays est primordiale (...)
Nous devons utiliser le peu de ressources que nous avons pour ériger des hôpitaux et des dispensaires.
Nous devons aussi essayer d'attirer des médecins à venir exercer dans ce pays.

Les recherches historiques sur la santé en Afrique ont mis en évidence le rôle de la médecine comme instrument de conquête et de domination coloniale en Asie (Anderson 1992 et 1995; Arnold 1996) et en Afrique (Packard 1989; Vaughan 1991). La médecine coloniale s'est développée afin de sauver les troupes impériales et pour organiser le développement économique (par le travail) et faire fructifier l'entreprise coloniale, souvent parallèlement aux efforts des missionnaires dans le domaine sanitaire. En plein développement en Europe au moment des conquêtes coloniales, la médecine a assurément profité d'un vaste terrain d'expérimentation et d'application des nouvelles théories médicales et scientifiques, en particulier après les découvertes pasteuriennes (Dozon 1985; Dozon 1991) et surtout à partir de l'entre deux guerres. En Afrique australe, l'Afrique du Sud fournit une illustration paradigmatique de la domination coloniale et du rôle de la médecine comme instrument de domination et de ségrégation raciale (Andersson et Marks 1988). Toutefois il existait des disparités régionales dans l'Empire britannique entre des colonies de peuplement (l'Afrique orientale, l'Afrique du Sud, le Nigeria) et des territoires « relégués », administrés, comme le Bechuanaland, depuis le *High Commissioner Office* à Pretoria³⁵.

La réinscription historique de la santé conduit à nuancer l'ampleur de la « biopolitique » coloniale, les institutions médicales coloniales étant souvent intervenues que de façon limitée dans

³⁵ High Commissioner for Basutoland, Bechuanaland Protectorate and Swaziland (BBS).

l'espace et dans le temps (Vaughan 1991). De la même façon, une distinction trop figée entre contexte colonial et contexte métropolitain est désormais obsolète et une lecture des effets en retour s'impose aujourd'hui à la suite des travaux sur les relations entre « métropoles et colonies » (Cooper et Stoler 1997, 1-56), comme l'avaient fait Jean et John Comaroff dans leur ethnographie historique d'une mission évangélique en Afrique du Sud, une entreprise missionnaire parmi les Tswana qui a eu des effets en retour au sein de la métropole (1991).

Sur le plan des pratiques médicales pendant la période coloniale, comme le rappellent les historiens G. Lachenal et B. Taithe, le style centralisé et autoritaire des services de santé coloniaux contrastait avec les pratiques de soins individualisés nés de la rencontre missionnaire (2009, 46). Cette différence de style n'a pas empêché des circulations et des emprunts entre les systèmes thérapeutiques (locaux, missionnaires, coloniaux) et des collaborations ou de la concurrence entre les différents acteurs impliqués dans la santé des populations³⁶. En effet, à la suite des travaux réunis par Hardiman (2006) il convient d'envisager le rôle médical joué par les missions protestantes et anglicanes qui tout en œuvrant à convertir des « indigènes » considérés comme obscurcis par leurs croyances païennes, ont contribué à apporter de nouvelles techniques et savoirs médicaux. Comment ce rôle s'est-il agencé et articulé à l'émergence de pouvoirs qui ont cherché à pouvoir faire bénéficier la population de services médicaux ?

La prise en charge de la santé en tant que problème politique se dessina tout au long des 19^e et 20^e siècles. Pour mettre en évidence ces évolutions il faut étudier place des enjeux liés à la santé dans le Botswana précolonial puis sous l'administration britannique (à partir de 1885) et jusqu'à l'avènement de l'État indépendant en 1966, c'est-à-dire les dynamiques historiques et politiques liées à l'émergence du pouvoir indépendant et à la construction de l'actuel système de santé au Botswana. Le propos du chapitre débute à la fin du 19^e et concerne la relation entre l'établissement des pouvoirs successifs sur les populations Tswana³⁷ (chefferies Tswana, protectorat britannique, État indépendant) et la santé des populations, les modalités d'émergence d'une forme de gestion collective de la maladie. L'intérêt est de pouvoir ainsi étudier la prise en compte par le pouvoir de la santé comme outil d'administration des populations puis comme instrument de légitimation du pouvoir indépendant (Fassin, 1996).

Sur le plan politique, le territoire du Botswana actuel était composé à la fin du 19^e siècle de différents *merafe* (royaumes ou chefferies ; *morafe* au singulier³⁸ qui étaient les formes de

³⁶ Cette partie ne concerne toutefois pas l'interaction entre systèmes médicaux africains et européens et les réactions ou résistances des systèmes médicaux africains. Sur ces questions, on peut se reporter notamment à J. Comaroff (1981); S. Feirman (1985), S. Feirman et Janzen (1992); P. Landau (1995) ; J. (2003; 2007).

³⁷ Je retiens ici le terme Tswana pour désigner l'ensemble des populations occupant le territoire du Bechuanaland puis du Botswana indépendant. Il faut toutefois noter que ce terme est aujourd'hui contesté et critiqué pour homogénéiser la population et naturaliser la domination du groupe Tswana sur les minorités San (Bushmen) notamment. Dans une perspective de classification ethnologique, les populations Tswana ont été étudiées par Isaac Schapera en 1938 (1994).

³⁸ Ce terme est traduit en anglais par « chiefdom » ou « polity ». Je retiens qu'il s'agit d'une forme de gouvernement administrant un territoire et une population. L'autorité est détenue par un roi ou chef qui est appelé *kgosi* au singulier (*dikgosi* au pluriel). Voir Livingston (2005).

gouvernement qui existaient au moment de la pénétration des missionnaires). L'administration britannique fut mise en place en 1885 suite à une demande de protection formulée par plusieurs *dikgosi* tswana (rois, *kgosi* au singulier) en raison des nombreuses incursions Boers (descendants des néerlandais arrivés en Afrique du Sud au 18^e siècle) dans ce territoire et en raison de la crainte de la part des Britanniques d'une annexion par les Boers qui leur permettrait de faire la jonction avec le territoire administré par les Allemands. Mais les Britanniques ont administré ce territoire à distance en s'y investissant *a minima*. Dès la fin des années 1940 et pendant la décennie 1950, la succession conflictuelle à la tête de l'un des *merafe* du Bechuanaland, le *morafe* Bangwato, a fait graduellement émerger un pouvoir capable de rassembler ces différents *merafe* et de demander l'émancipation politique. Le descendant et prétendant au trône Bangwato, Seretse Khama, étudiant à Londres, s'éprit d'une jeune femme britannique qu'il épousa malgré l'opposition de sa famille, du pouvoir britannique et d'une violente désapprobation venant d'Afrique du Sud. Après un exil forcé, il s'imposa à la tête du peuple Bangwato et fédéra la plupart des autres peuples du protectorat. La lutte contre la ségrégation raciale anima sa volonté d'émancipation tout comme elle laissait apparaître une forme particulière, nationale, de bienfaisance à la tête du futur État.

Sur le plan de la situation sanitaire, dès la fin du 19^e siècle, des missionnaires britanniques (écossais) ont progressé dans la région et ont pratiqué des activités médicales aux côtés de leurs entreprises d'évangélisation et d'éducation. Ils ont utilisé de petits remèdes en espérant convertir leurs « patients ». Puis, à l'instar des autres territoires britanniques, le protectorat du Bechuanaland connut à partir des années 1920, les répercussions de l'industrialisation de l'Afrique du Sud et des milliers d'hommes partirent vers les mines d'or de Johannesburg. La situation sanitaire s'aggrava et déstabilisa profondément la société. Les *kgosi* Tswana en appelèrent de façon répétée à l'administration britannique pour la mise en place de structures de santé. Les autorités britanniques ne répondaient guère.

Le soin médical a fait partie d'un processus pluriel conduisant les Européens, en alliance avec les pouvoirs locaux à *offrir* une protection à la population du territoire du Bechuanaland contre les démons et la sauvagerie pour les missionnaires, contre les menaces Boers pour les Britanniques. Il s'agissait également de protéger les intérêts britanniques liés au développement économique industriel en Afrique du sud. La santé n'était pas un enjeu de la domination coloniale, mais en devenant l'objet d'une demande réitérée de la part des pouvoirs locaux elle contribua à devenir une priorité pour le pouvoir politique, jusqu'à aujourd'hui. Puis, à l'indépendance et dans les années qui précédèrent l'indépendance, le système de santé devint un marqueur de la nation indépendante, de l'émergence d'un pouvoir protecteur et bienveillant.

A l'indépendance, les pouvoirs africains reprirent en partie ces appareils et dispositifs sanitaires au service du développement national en particulier l'édification d'un système de santé. La configuration d'un État bienveillant au Botswana rend compte de la construction des services de santé comme pivot de l'administration des populations : comment se présente ce système de santé à l'orée de l'épidémie d'infection à VIH/sida au moment où la plupart des systèmes de santé en Afrique ont sombré dans un état de déliquescence ? Ce chapitre propose de donner des éléments pour contribuer

à l'écriture d'une histoire de l'État-nation à partir du champ de la santé et montrer que la politique de santé publique a contribué à la légitimation du pouvoir indépendant. La première section propose de dresser ces évolutions jusqu'à l'indépendance du pays en 1966 ; la seconde section sera consacrée à la reprise en main des services de santé par le pouvoir indépendant.

Section 1. Pouvoirs et santé de la population du 19^e siècle jusqu'à l'indépendance (1966)

Le rôle des missionnaires dans la pénétration de la médecine occidentale

Les missions chrétiennes britanniques qui sont arrivées en Afrique du Sud à partir du 18^e siècle étaient issues du mouvement des « non-conformistes » qui rassemblait, en Angleterre, des dissidents chrétiens qui refusaient de suivre la doctrine de l'église d'Angleterre et critiquaient l'interférence de l'État dans la vie religieuse (puritains, presbytériens, baptistes et calvinistes). Ce mouvement était façonné par l'industrialisation en Grande-Bretagne, l'émergence d'une classe ouvrière et les bouleversements sociaux et idéologiques (travail salarié, propriété privée, modernité rationnelle, science et progrès) que l'industrialisation provoquait en Europe du Nord³⁹. Les premiers mouvements évangélistes du 18^e siècle en Afrique australe étaient empreints de cette nouvelle modernité européenne. L'Afrique subsaharienne, largement inconnue fournit un objectif à ces missionnaires qui souhaitaient convertir de lointains peuples païens à leurs représentations de l'individu, du salut, du progrès et de la raison (Comaroff et Comaroff 1991).

Le travail médical de la London Missionary Society au Bechuanaland

L'une des premières sociétés missionnaires créées dans le cadre de ce mouvement fut la *Missionary society* fondée en 1795 par des anglicans évangélistes (elle devint en 1818 la *London Missionary society*). Dès sa création, cette église congrégationaliste chercha à établir une mission en Afrique du Sud où quatre missionnaires furent envoyés en 1798. Deux d'entre eux partirent vers l'Est. Un autre groupe tenta de s'établir parmi les « Bushmen », ce qui s'avéra infructueux mais posa les jalons d'une progression vers les peuples de l'intérieur. La LMS n'avait pas une idéologie uniforme et ses tentatives d'avancée étaient freinées par les fortes réticences des autorités coloniales au Cap ainsi que celles de la *Dutch Reformed Church* qui voyaient d'un mauvais œil le plaidoyer fait par ces missionnaires pour les droits des indigènes dans la région. Le Dr John Philip⁴⁰ initia une expansion du travail missionnaire dans la colonie du Cap, et les évangélistes naviguèrent aux interstices entre le fait

³⁹ Voir chapitre 2 « British Beginnings » sur la période 1810-1850 en Grande-Bretagne (Comaroff et Comaroff 1991, 49-85).

⁴⁰ On peut se référer, pour plus de détails biographiques sur les missionnaires à l'article de John Comaroff dans A. Stoler et F. Cooper (1997).

d'être blancs et souvent suspectés d'être agents coloniaux par les populations et le fait de défendre les populations autochtones. Ils défendaient les intérêts des peuples indigènes tout en s'attirant les foudres des autres factions européennes ; les Boers y voyaient une grande menace de déstabilisation de leur ordre de séparation des Blancs et des Noirs (Comaroff et Comaroff 1991, 46).

En ce qui concerne le Botswana précolonial, les sources écrites nous ont essentiellement donné à connaître le travail du missionnaire Robert Moffat (1795-1883) puis celui de David Livingstone (1813-1873) sous l'égide de la LMS d'abord à Kuruman (au sud des frontières actuelles) puis vers le Nord au sein du territoire Tswana ou Bechuanaland. Robert Moffat arriva avec quatre collègues au Cap en 1817 et emprunta en 1821 la route vers les peuples Tswana du Nord, traversant un paysage marqué par des conflits entre les peuples qui coexistaient. La première génération d'évangélistes britanniques en Afrique australe était animée par la volonté d'apporter la civilisation à une Afrique sauvage et souffrante. Robert Moffat, pionnier illustre de la LMS parmi les Tswana, s'était ainsi adressé à un public philanthropique anglais :

L'Afrique gît dans son sang. Elle veut... Toute la machinerie que nous possédons pour améliorer sa condition misérable. Devons-nous, alors que nous avons un remède aisément applicable, négliger de panser ses plaies ? Devons-nous, avec nos lampes dont la lumière brille, refuser d'éclairer ses ténèbres ?⁴¹

Il employait une métaphore de guérison pour justifier un "impérialisme humain" afin de délivrer les âmes : les missionnaires devaient transformer les populations sur le plan spirituel. Ce projet échoua car les missionnaires eux-mêmes tombaient malades. Aussi, le travail médical qui ne faisait à l'origine pas partie des prérogatives des missionnaires de la LMS s'imposait-il dans leurs pratiques, aux côtés de leurs activités d'évangélisation qui ne remportaient d'ailleurs guère de succès. D'après l'historien Musinghe, à Kuruman, R. Moffat commença à utiliser des traitements contre certaines affections. Il pratiquait par exemple des saignées contre la variole (1984, 116). L'arrivée de David Livingstone en 1841, qui avait une formation de médecin, en remplacement de Moffat à Kuruman, marqua le début d'une période de diffusion et de popularisation de la médecine occidentale à l'intérieur du territoire. Livingstone était le premier missionnaire avec une qualification médicale. Les récits ultérieurs le décrivent comme un passionné de médecine, s'intéressant aux pratiques médicales et à la pharmacopée locale (herbes, vomitifs et purgatifs) qu'il adoptait lorsqu'il les jugeait efficaces (Comaroff 1993, 314). Dans ses mémoires, Dr Alfred Merriweather (1918-1999) qui fut l'un des derniers missionnaires de la LMS au Botswana, notait que Livingstone était connu pour être un bon extracteur de dents (Merriweather 1999, 89)⁴² et Musinghe rapporte qu'il avait effectué des tentatives pour pratiquer la gynécologie et l'obstétrique (1984, 127).

⁴¹ Le texte original cité par J. & J. Comaroff est: « Africa lies in her blood. She wants ... all the machinery we possess for ameliorating her wretched condition. Shall we, with a remedy that may safely applied, neglect to heal her wounds? Shall we, on whom the lamp of line shines, refuse to disperse her darkness? »

⁴² Sur l'extraction des dents par les médecins missionnaires à Molepolole au début du 20^e siècle, se reporter à l'article de Paul Landau (1996) qui porte sur l'évangélisme chirurgical et la foi, la délivrance de la souffrance par l'extraction de dents.

Les premiers évangélistes entendaient restaurer à la fois le corps et l'esprit, en apportant tout à la fois le salut et une « civilisation de la guérison » (J. Comaroff 1993: 304). Par ailleurs, la médecine pratiquée dans cette première moitié du 19^e était une forme relativement non rigoureuse et spéculative de savoir. Il n'y avait pas en Angleterre d'encadrement strict de la profession et sur le terrain, la pratique de Livingstone (qui recevait le *Lancet* et d'autres publications médicales britanniques) faisait partie d'un ensemble d'échanges et de découvertes liées à un éthos de découverte rationnelle en plein développement en Europe. L'espace du corps faisait l'objet d'un désir de connaissances. Ces médecins étaient imprégnés de représentations de l'affliction africaine, du corps africain rempli d'organismes nuisants et menaçants pour le monde blanc, pour autant, les missionnaires du 19^e s. mais ils reconnaissaient dans le même temps que les populations Tswana étaient relativement exemptes de maladie.

La pratique de la guérison s'avéra efficace d'après Jean Comaroff en tant que « technique de civilisation », qui intervenait dans la vie quotidienne avec une philosophie pénétrante sur la santé et la contagion, la propriété et la dégénérescence, la relation entre le corps et son environnement. Par la guérison, les missionnaires ont cherché à transformer les Tswana en protestants (1993 :316). Leurs pratiques suscitaient l'intérêt des populations parmi lesquelles ils résidaient. P. Landau (1993) note que dans toute la région les « guérisseurs étrangers » (*foreign healers*) étaient appréciés pour leur puissance et leur efficacité. La présence des missionnaires était bien acceptée grâce à leur pratique de la médecine car elle correspondait à une catégorie existante dans la cosmologie Tswana. Le médecin étranger, c'est-à-dire non tswana, était réputé pour ses remèdes différents et plus efficaces que ceux des médecins tswana (*dingaka*).

L'utilisation de traitements médicaux n'était pas systématique et n'a pas servi d'instrument de conquête. La médecine fut l'un des biens échangés entre missionnaires, population et leurs chefs, un bien matériel parmi d'autres, aussi puissants que les chevaux et les armes et fut à ce titre un moyen d'installation durable parmi les populations Tswana. Du fait de leur présence parmi les Tswana, notamment aux côtés de leurs *dikgosi* (chefs), les missionnaires servirent d'intermédiaires pour faciliter les échanges commerciaux et la pénétration des britanniques.



Carte 3. Le Bechuanaland britannique (1887)

Source : Texas University Library Map Collection

Les missionnaires, les *dikgosi* Tswana et la protection britannique

La LMS s'est imposée tout au long du 19^e siècle comme la principale mission parmi les royaumes Tswana. Les missionnaires multiplièrent les conversations – notamment autour de la médecine – avec les *dikgosi*, des relations furent par exemple nouées entre R. Moffat et le *kgosi* Mzilikazi des Ndebele après avoir guéri la femme du chef dans les années 1830 puis D. Livingstone se lia d'amitié avec le *kgosi* Sechele en guérissant son fils en 1843. Sechele, chef puissant (de 1829 à 1892) s'était allié aux commerçants britanniques et avait été baptisé par Livingstone; enfin le premier chef Ngwato qui régna sous le nom de Khama III (1875–1923) adopta également le christianisme et l'imposa à son peuple.

A travers le travail d'évangélisation qu'entreprirent les missionnaires dans les royaumes Tswana, une série de dialogues politiques s'engagea avec les pouvoirs politiques Tswana. Les *dikgosi* avaient aussi la fonction de « guérisseur » (*ngaka* qui signifie docteur, guérisseur, faiseur de pluie). Les missionnaires insistaient sur la nécessité d'abolir ou de réformer certains rituels (cérémonie d'initiation, circoncision, « *rainmaking* »). D'après Isaac Schapera (1970), si des chefs Tswana avaient adopté des innovations apportées par les missionnaires (et les commerçants), les biens matériels ou spirituels, ils en avaient en revanche rejeté bien d'autres. D'ailleurs la conversion de certains chefs Tswana était toujours renégociable et n'entraînait pas de conversions massives parmi la population.

Les missionnaires ont échoué à convertir massivement les populations qu'ils côtoyaient à partir de leurs stations et auprès desquelles ils prêchaient et enseignaient. Pour les Tswana, les missionnaires ne parvenaient qu'en partie à bousculer l'ordre social et politique, en particulier si l'on

considère la conversion du *kgosi* Khama III, le monopole que celui-ci avait octroyé à la LMS et la lutte qu'il mena contre l'alcool.

L'Afrique australe entra à la fin du 19^e siècle dans une période de troubles politiques intenses et les missionnaires devinrent des pivots de la colonisation de ces territoires, plaidant auprès des *dikgosi* tswana pour la protection britannique face aux menaces extérieures. Cet « impérialisme missionnaire » (Dachs 1972) de la fin du 19^e siècle fut le fruit de longs contacts qui permirent aux autorités coloniales britanniques d'étendre leur domination au territoire du Bechuanaland. Les Britanniques restèrent indifférents aux appels formulés par les chefs Tswanas et les missionnaires pour une protection britannique sur les territoires Tswanas fréquemment attaqués par les raids des Boers. Les missionnaires plaidèrent auprès du gouverneur de la colonie du Cap puis portèrent leur cause en Grande-Bretagne. Ils mirent l'accent sur les intérêts politiques et commerciaux: l'importance de la « Route des missionnaires » devenue une route commerciale de premier plan en lien des attaques croissantes de la part du Transvaal dans leur territoire. Dans une moindre mesure, les missionnaires reconnaissaient que la domination britannique faciliterait leur réussite évangélique. Selon Dachs «pour obtenir un Bechuanaland Chrétien, les missionnaires décidèrent de le rendre d'abord britannique» (1972: 652). C'est également le sens des travaux de Jean Comaroff qui affirme que le « *missionary healing* » remporta plus de succès en « transformant les Noirs en sujets de l'empire plutôt qu'en citoyens de la chrétienté » (1993 : 319).

L'empire britannique se montra peu intéressé (parfois même réticent) à la requête missionnaire. Les considérations stratégiques les firent cependant concéder cette « protection ». La défaite britannique dans la guerre Anglo-Boer en 1881 (par laquelle les Britanniques ont concédé un gouvernement autonome Boer dans le Transvaal) et surtout l'arrivée des Allemands, qui prirent part à la conquête du continent africain, en établissant la colonie du Sud-Ouest Africain en 1884 commencèrent à changer la donne. La présence allemande menaçait les Britanniques par le spectre d'une alliance avec les Boers de la république indépendante du Transvaal. Les missionnaires effectuèrent un travail auprès des chefs Tswana en les convainquant de rechercher la protection britannique face aux incursions Boer et le risque d'un contrôle par la compagnie à charte British South Africa Compagny (BSAC) de Cecil Rhodes⁴³. Khama III Le Grand, *kgosi* des Bangwato plaida pour la protection britannique et accueillit l'expédition Warren en 1885. Le missionnaire John Mackenzie joua un rôle important dans ce basculement, il signa de sa main l'offre faite par Khama d'ouvrir son pays Ngwato à la colonisation britannique et d'accepter la protection britannique (Dachs 1972, 657). Un ordre du conseil fut publié le 27 janvier 1885 qui revendiqua le pouvoir et la juridiction britannique sur le Bechuanaland du Nord⁴⁴.

En 1894, Cecil Rhodes requit à nouveau le contrôle du Protectorat du Bechuanaland (BP) afin de construire le chemin de fer. Face à cette menace majeure envers leur autonomie, les trois

⁴³ L'expansion britannique se fait en grande partie par délégation à des compagnies privées, à charte, notamment celle de Cecil Rhodes, la British South Africa Company (BSAC). Ses velléités d'annexion du Bechuanaland représentent toujours une menace pour les Tswanas.

⁴⁴ En vertu du traité de Berlin qui stipule que les puissances doivent informer les autres de la prise de possession de territoires

principaux *dikgosi* Tswana (*kgosi* Khama III des Bangwato, *kgosi* Sebele des Bakwena et *kgosi* Bathoen II des Bangwaketse) accompagnés par le Révérend W. C. Willoughby se rendirent en Angleterre pour protester contre ce projet de cession à la BSAC. Ils manifestèrent leur volonté de rester sous la protection de la reine Victoria. Les ayant rencontré, la reine nota dans son journal:

Après le dîner je reçu dans le Salon Blanc trois chefs venant de la Terre des Bechuana, qui sont des chrétiens... ces chefs sont très grands et très noirs, mais leurs cheveux ne sont pas crépus. L'un de ses Chefs est réputé très remarquable et intelligent [*probablement Khama*]. L'une de leur requête en venant ici était d'obtenir du Gouvernement l'interdiction de la boisson qui démoralise et tue les pauvres indigènes. Las ! Partout ce fléau terrible semble accompagner la civilisation, avec ses effets funeste !⁴⁵

Les chefs ont su instrumentaliser leur déplacement et plaider leur cause en employant les arguments moraux et de civilisation (la dégénérescence liée à l'alcool) qui ont séduit la reine. Les trois chefs africains voyagèrent à travers le pays et gagnèrent le soutien de l'opinion publique britannique qui s'est émue du sort de ces trois chefs africains. Une photo prise lors de leur séjour en Grande-Bretagne est exposée au Musée national à Gaborone. Les trois chefs sont assis au premier plan et posent en costume européen. Derrière eux, debout, le missionnaire Willoughby qui les a accompagnés dans leur demande de protection. Ce séjour contribua à la reconnaissance de leur rôle politique et de leur capacité à administrer leur population et à plaider pour leur protection (Dachs 1972). Lors d'une réunion à Leicester, Khama s'insurgeait d'ailleurs que leur souveraineté ait ainsi pu faire l'objet d'un transfert à une compagnie privée:

Je pense qu'ils auraient pu nous demander, et ils auraient entendu notre opinion. Bien que Noirs, nous avons des populations que nous gouvernons, et si un chef veut adopter une nouvelle loi, il doit parler avec son peuple (...) Si la compagnie à charte avait pris nos terres, ils nous auraient réduits à l'esclavage pour travailler dans leurs mines. Nous, peuple noir travaillons sur notre terre, vivons dans nos fermes. (...) Nous progressions très bien sous le Gouvernement impérial⁴⁶

La mise en place du protectorat britannique (1885 puis 1894) ne signifiait pas une soumission des pouvoirs Tswana à une domination extérieure. Elle était au contraire envisagée comme une « protection » permettant aux *dikgosi* de préserver leur souveraineté. L'absorption par l'Afrique du Sud resta une menace sérieuse pour les *merafe* tswanas au début du 20^e siècle, dans les projets d'Union sud-africaine à partir de 1908-1909 qui prévoyaient l'incorporation aux côtés des colonies du Cap, Natal, Transvaal et Orange River, des protectorats du Bechuanaland, Basutoland et Swaziland. Le protectorat du Bechuanaland ne fut pas incorporé à l'Union Sud-africaine et demeura un protectorat jusqu'à l'indépendance en 1966. Cependant, il participa activement à l'industrialisation de l'Afrique du Sud, en devenant une « réserve de travail », fournissant une main d'œuvre importante à partir des années 1920-1930.

Au 19^e siècle et au début du 20^e siècle, les traitements médicaux sont devenus l'un des éléments de la rencontre coloniale : un bien matériel, un objet de discussions et d'échanges entre les

⁴⁵ Cité par Williams (2008, 34).

⁴⁶ Khama cité par Williams (2008, 34).

dikgosi, les *dingaka*, les missionnaires et les populations. La santé ne faisait pas l'objet d'une gestion collective ni d'une imposition systématique aux populations. En revanche, cette période était marquée par la formation d'une nation, symbolisée par l'alliance des trois *dikgosi* Tswana à la fin du 19^e siècle demandant la protection de l'intégrité de cette nation à la Couronne britannique. Au début du 20^e siècle, l'ensemble de la région subissait les répercussions déstabilisatrices de l'industrialisation de l'Afrique du Sud. Les pouvoirs locaux consolidèrent leur autorité selon le principe de l'*Indirect rule* britannique et furent amenés aux côtés des missionnaires, à investir progressivement un espace de gestion de la santé des populations.

Le tournant épidémiologique et l'administration de la santé dans une « réserve de travail »: le Bechuanaland des années 1930

À partir de la fin des années 1860 avec la découverte de diamants à Kimberley dans l'ouest de l'Afrique du Sud⁴⁷ puis plus tard l'or dans le Witwatersrand (région de Johannesburg) se mit en place un système très contrôlé de travail migrant profitant à l'impérialisme britannique. Le capital minier permit l'industrialisation de l'Afrique du Sud et reposa sur la main d'œuvre des colonies et territoires voisins. Les mauvaises conditions économiques entraînèrent de plus en plus d'hommes vers ces migrations de travail. Comme le décrit J. Iliffe (1987) dans l'Afrique coloniale rurale, ce sont des crises écologiques et la pauvreté qui ont poussé les hommes vers le travail industriel à des fins de survie. Ce double phénomène d'industrialisation et de paupérisation bouleversa l'économie politique de la région et affecta la santé des populations. La crise économique et les transformations de l'économie politique en Afrique du Sud entraînèrent de profonds changements épidémiologiques au premier rang desquels la propagation de la tuberculose (Packard 1989), l'importance prise par les handicaps (Livingston 2005) et d'autres conséquences sur le plan démographique, économique et politique (liées en particulier à l'absence des hommes) déstabilisatrices pour ces sociétés d'émigration, désormais nommées « *labour reserve* » ou « réserve de main d'œuvre ».

Au Nord-Ouest de Johannesburg, la fin des années 1920 et la première moitié de la décennie 1930 ont été marquées par une crise économique due à plusieurs années de sécheresse. Le bétail fut touché par la fièvre aphteuse ravivant les souvenirs de la désastreuse épizootie de 1898. Le Bechuanaland, qui exportait des surplus de céréales devint dépendant envers des importations qui ont du être acquittées par le travail salarié⁴⁸. De plus, un système de taxation plus contraignant fut mis en place par l'administration à la même période, ce qui contraignait les hommes à se proposer pour le travail dans les mines⁴⁹. Les hommes travaillaient déjà dans les mines depuis plusieurs décennies mais dans des proportions moindres que ceux venant d'autres colonies comme le

⁴⁷ Actuelle capitale de la province du Cap Nord (Northern Cape Province) à l'Ouest de l'Afrique du Sud.

⁴⁸ Voir le Rapport Pim sur la situation économique dans le Protectorat du Bechuanaland en 1933.

⁴⁹ D'autres facteurs expliquent l'accélération de l'émigration de travail dans les mines d'Afrique du Sud (l'attrait du travail en Afrique du Sud, salariat, émancipation, consommation de biens matériels, Livingston, 2006 : 113-115).

Mozambique, le Basutoland et le Nyassaland. La crise économique que connaissait le protectorat à la fin des années 1920 accru significativement l'échelle du travail dans les mines. En 1930 il y avait 3151 mineurs venant du Bechuanaland dans les mines sud-africaines ; en 1960 ceux-ci étaient 21.404. D'après I. Schapera (1984), entre 1938 et 1940, plus de 40% des hommes dans la région Sud-Est du pays étaient partis travailler ailleurs et près de 59% en 1942 (un effectif probablement encore plus élevé en raison de la seconde guerre mondiale)⁵⁰.

A partir du début du 20^e siècle et face à cette situation économique et sociale tourmentée, trois séries de développements ont contribué à la construction des services de santé au Bechuanaland. Tout d'abord le besoin croissant de travailleurs et la nécessité de leur faire passer un examen médical exigé par les compagnies minières en Afrique du Sud. Ensuite, la compétition entre différentes dénominations chrétiennes afin d'offrir des services de santé. Enfin, une requête volontariste de la part des *dikgosi* Tswana auprès de l'administration britannique pour la fourniture de services de santé et de médecins pour prendre en charge les affections d'une population exposée de plus en plus aux maladies infectieuses comme la tuberculose ou la syphilis.

Des services de santé au service du travail minier et de la présence blanche

Avant d'être envoyés dans les mines, les hommes étaient soumis à des examens physiques qui étaient requis par les compagnies de recrutement (*Native Recruitment Companies*) présentes dans les « réserves de main d'œuvre » (Parson 1984). Ces examens médicaux qui étaient effectués dans le protectorat par les médecins de l'administration ainsi que par des missionnaires qui jugeaient de leur aptitude au travail (*fitness*). Ces examens ont contribué à la pénétration de la médecine occidentale et à la normalisation des examens médicaux. Les résultats de ces examens avaient également des conséquences économiques et sociales. Les hommes déclarés « *unfit* » trouvaient du travail dans les fermes tenues par les blancs où le travail était moins bien rémunéré ou dans les élevages de bétail, ce qui était encore moins avantageux. Le fait d'être rejeté pour le travail minier (trop jeune, trop vieux ou malade, handicapé) n'entraînait pas une exemption de la taxation coloniale (bien que des exemptions fussent parfois octroyées) ce qui a accéléré la paupérisation et les tensions sociales. L'expansion du travail minier a eu bien d'autres conséquences dans l'organisation sociale du Protectorat du Bechuanaland. Il devint un marqueur de la maturité physique masculine et du passage à l'âge adulte, qui commença à remplacer les cérémonies d'initiation *bogwera* pour les jeunes hommes⁵¹.

Jusqu'aux années 1910-1920 les autorités britanniques étaient réticentes à développer les services médicaux dans le Protectorat. Le *Colonial Office* estimait que le Bechuanaland lui coûtait trop et ne consentit à fournir des services médicaux qu'en échange d'une contribution de la population locale (fiscalité coloniale). Tant que les *dikgosi* Tswana refusaient d'accéder à cette condition, les populations africaines étaient exclues des services médicaux réservés à l'administration britannique, à

⁵⁰ Ce phénomène perdure bien au-delà de l'indépendance (rapport de l'USAID en 1975 qui fournit des estimations aux alentours de 25% à 30% des hommes absents d'après le Censu 1971).

⁵¹ Ces cérémonies d'initiation *Bogwera* pour les garçons, *Bojale* pour les filles (Schapera 1933) furent abrogées dans les années 1900 (Ingstad 2004).

Mafeking (où se trouvait un effectif de police, l'administration du Protectorat s'effectuait depuis Pretoria). Les chefs acceptèrent le paiement de taxes en 1891.

En 1892, un hôpital de police fut construit à Gaberones⁵² pour lutter notamment contre le paludisme endémique dans cette zone et pour traiter les employés de l'administration. Les efforts consentis par l'administration britannique ne concernaient que la préservation des intérêts européens: le développement industriel et minier et la santé des Européens (avec des services établis à proximité de leurs lieux de résidence: Mafeking, Lobatse, Gaberones). L'administration, en toutes choses, privilégiait la méthode du gouvernement indirect (*indirect rule*) en déléguant aux chefs locaux un pouvoir d'administration de la population. Pour les services de santé, le gouvernement tenta d'encourager la pratique privée mais les chefs refusèrent en opposant le coût trop élevé d'une telle option et continuèrent à demander des services « publics » de santé.

L'expansion de la biomédecine au Bechuanaland se poursuivit en raison de la demande croissante d'exams médicaux pour le travail dans les mines d'Afrique du Sud. Deux autres dynamiques politiques expliquent l'augmentation des services médicaux et du nombre d'hôpitaux dans le protectorat pendant la décennie 1930. La première est liée à l'augmentation du nombre de missions chrétiennes offrant des services médicaux et de la compétition qui s'est nouée entre elles ; la seconde, est le résultat d'une quête volontariste de la part des *dikgosi* d'obtenir des services de santé de la part de l'administration britannique.

La compétition entre missions pour l'offre de services de santé : l'édification des hôpitaux de mission

Les missionnaires envoyés par la LMS furent les premiers à pratiquer la médecine dans le cadre de leur entreprise de « *missionary healing* » parmi les Bangwato, Bangwaketse, Bakwena et autres *merafe* Tswana. Ils furent imités dans cette entreprise par d'autres missionnaires, dans le courant des années 1920 puis 1930, avec l'arrivée de corps missionnaires qui proposaient des services de médecine occidentale. L'arrivée des Adventistes du 7^{ème} jour (*Seventh Day Adventists* ou SDA) en 1922 à Kanye provoqua une « compétition évangélique » avec une augmentation qualitative et quantitative de l'offre médicale par les missions. La LMS protesta contre l'arrivée de la SDA et demanda à l'administration et au régent des Bangwaketse de leur refuser le permis de travail comme missionnaire et de ne l'autoriser seulement comme médecin et que le régent accepta. La SDA menaça de retirer son médecin si celui-ci n'était pas aussi autorisé à faire un travail évangélique. Le régent accepta et informa l'administration que « la population est en tel besoin d'un médecin européen que nous avons révoqué notre premier accord et autorisons les Adventistes à établir leur église à cet endroit »⁵³. Le soin médical se présentait comme un bien recherché, échangé et au prix duquel des concessions politiques importantes étaient opérées, au risque d'une érosion du pouvoir des chefs. L'exemple de la SDA montre que les chefs étaient prêts à accueillir toutes les bonnes volontés du

⁵² Ancien nom de l'actuelle capitale qui à cette époque n'était qu'une station gouvernementale, son nom dérive du nom du *Kgosi* Gaborone des BaTlokwa.

⁵³ BNA S. 18/6, Tshosa Sebogo to RM, 23.3 (1923).

moment que ces nouveaux acteurs se montraient disposés à améliorer la santé des populations.

Les missions sont entrées en concurrence, par l'offre de services médicaux, pour garder leurs convertis (Musinghe, 1984: 318). Dans cette course, les missions équipaient leurs stations médicales avec un personnel de santé qualifié. En 1925, une infirmière européenne était envoyée à Molepolole (à 45 km de Gaborone) par la LMS (Miss Violet Taylor) puis en mars 1931, Dr Peter M. Sheperd prit son poste de médecin à Molepolole. Le *Principal medical officer* A. M. Chirgwin s'en félicita et le *medical officer* de Gaborone effectua de moins en moins de visites dans la région. La LMS et la UFCS unirent finalement leurs efforts pour construire un hôpital sur un terrain cédé par le *merafe* Bakwena : le Scottish Livingstone Hospital, doté de 20 lits fut officiellement ouvert le 3 septembre 1934 par l'administrateur britannique Sir C. Rey.

A Mochudi, à 35 km de Gaborone, la Dutch Reformed Church (DRC), qui procurait des médicaments de façon officieuse, informa l'Administration de sa volonté d'établir un petit hôpital. Le premier médecin de la DRC fut nommé en 1927 parmi les Bakgatla. En 1930 fut construit le premier hôpital à Lobatse par le Comte de Athlone. Commencé en 1928, le Sekgoma Memorial Hospital fut ouvert à Serowe en 1931. Chacun de ces hôpitaux avait 24 lits pour Africains et 5 pour Européens. En 1933 les catholiques romains érigèrent une clinique à Kgale et les luthériens une clinique à Ramotswa. Le Rapport Pim, sur la situation économique et financière du Protectorat⁵⁴, critiqua cependant le fait que le gouvernement ait laissé les services médicaux se concentrer dans la partie Est du protectorat, tandis que les régions les plus éloignées comme le Kalahari demeuraient dépourvues de services de santé. À la suite du Rapport Pim des dispensaires mobiles ont été introduits à partir de 1936, le premier basé à Lobatse et le second à Francistown (Molefi, 1996:22).

Le gouvernement continua d'organiser le Protectorat à distance et de répartir le travail médical des missionnaires sur lesquels la Grande-Bretagne s'appuyait pour la gestion de la santé des populations. L'administration britannique profitait de la compétition entre les missions chrétiennes tout en effectuant un contrôle. Lorsqu'en 1934 la SDA et la LMS proposèrent de construire un hôpital à Rakops et un au Ngamiland respectivement, l'administration tenta de dissuader la LMS de s'implanter à Maun en arguant du fait que Tshekedi Khama étant affilié à la LMS il ne laisserait pas une autre mission s'installer parmi les Bangwato.

Les pouvoirs Tswanas face à la détérioration de la situation sanitaire

Tshekedi Khama, chef des Bangwato (« réserve Ngwato ») a plaidé pour l'amélioration des services médicaux dans le protectorat et la nomination de médecins de la part de l'administration britannique. Dans son Mémoire de juillet 1934 à l'administration britannique concernant les infrastructures médicales dans le territoire Ngwato⁵⁵, Tshekedi Khama comptabilisait les

⁵⁴ Sir Alan Pim, *Financial and Economic Position of the Bechuanaland Protectorate* (London, 1933)

⁵⁵ « Medical facilities in Ngwato Reserve. Memorandum by Acting Chief Tshekedi » (30 juillet 1934) (BNA, Archival series, District Commissioner, Serowe, DCS 19/18). En ce qui concerne le territoire Ngwato, l'hôpital de Serowe a une capacité de 20 lits pour les indigènes. Dans la zone méridionale du protectorat, Khama recense 4 hôpitaux dans son rapport : Lobatse (20 lits) ; Kanye (12 lits) ; Mochudi (12 lits) et Molepolole (30 lits).

infrastructures existantes dans le territoire Ngwato du Bechuanaland. Il sollicitait l'édification d'hôpitaux supplémentaires et proposait de soutenir financièrement les missionnaires de la LMS qui offraient déjà des services médicaux plutôt que de nommer un médecin gouvernemental. Il affirmait aussi que les médecins missionnaires étaient moins dispendieux que les médecins nommés par le gouvernement et qu'on obtenait de leur part une bien meilleure continuité de service. Il utilisait l'argument financier qui était la principale préoccupation des Britanniques dans l'administration (le plus *a minima* possible) du territoire du Bechuanaland tout en participant à la compétition entre les missions chrétiennes dans leurs efforts pour fournir des soins médicaux en appuyant la LMS contre les projets médicaux entrepris par les missionnaires SDA afin de ne pas engendrer « des complications supplémentaires » (p. 7).

La revendication de Tshekedi Khama pour des services médicaux correspondait à une volonté de consolider la suprématie Ngwato et est aussi un souci politique de répondre aux besoins de sa population. La priorité fut donnée par l'administration à la construction d'un hôpital à Francistown mais, avec l'accord de Tshekedi Khama, la *London Missionary Society* construisit un hôpital à Sethlare en 1938. En 1938 également, la SDA ouvrait son hôpital de mission à Maun.

Dans les années 1930 la situation sanitaire se détériora. Les maladies sexuellement transmissibles (« maladies vénériennes ») proliférèrent ainsi que les infections bactériennes comme la tuberculose, profitant des mauvaises conditions de vie et de travail dans les mines sud-africaines (Packard 1989). En ce qui concerne la syphilis, le médecin responsable du dispensaire mobile de Francistown notait en 1938:

L'on m'a demandé de visiter un lieu reculé... où un certain nombre de lépreux sont censés se trouver; à mon arrivée j'ai trouvé des habitants qui souffraient non de lèpre mais de syphilis à un stade avancé. Ce n'est pas exagéré de dire que ces pauvres gens étaient un musée vivant de syphilis clinique⁵⁶

Le *Medical Officer* de Francistown déplorait quant à lui en 1940: « Malgré des efforts de prévention et de traitement de la gonorrhée et de la syphilis ces maladies gagnent du terrain chaque année »⁵⁷. Entre 1943 et 1956 les villes de Mahalapye, Maun et Molepolole signalaient toutes une augmentation alarmante des maladies sexuellement transmissibles. À Maun, la syphilis et le paludisme étaient les principales pathologies mais l'hôpital faisait face à un « manque de médicaments, de temps, de personnel et d'eau »⁵⁸. Les médecins de l'administration coloniale décrivaient le Bechuanaland comme « hautement syphilité » (Livingston 2005, 261) et traitaient des milliers de cas de syphilis chaque année, de loin le problème de santé le plus important dans les années 1940-1950 (Murray, Merriweather, et Freedman 1956; Merriweather 1976, 77-78).

Pendant la seconde guerre mondiale, le manque de personnel de santé poussa les autorités coloniales à envisager avec les chefs Tswana la formation de personnel africain. Ce type de politique (pour la formation de personnel subalterne) avait commencé en Afrique de l'Est et de l'Ouest dans

⁵⁶ BNA Med 1/1, Travelling Dispensary B 2, Annual Report, 1938 (Molefi 1996, 24).

⁵⁷ BNA Med 1/3/5, Annual Report, 1940.

⁵⁸ BNA Med 1/7, Annual Report, 1946.

l'entre deux guerres. En 1943, le *High Commissioner* signalait: « Il est probable de trouver des Africains capables de devenir des médecins qualifiés mais il est peu probable qu'il y en ait beaucoup »⁵⁹, le *kgosi* Bathoen II soutint ce mouvement en utilisant à nouveau un argument financier: « Nous voulons nos propres médecins et infirmières (...) les hôpitaux sont trop dispendieux à entretenir alors que les cliniques peuvent être entretenues à moindre frais » (Molefi 1996, 27). Le *High Commissioner* britannique engagea des mesures pour susciter des programmes de formation dans d'autres districts.

Durant les années 1940 et 1950 les autorités locales et l'administration coloniale négocièrent sur les besoins de services médicaux notamment en personnel. L'administration répondait aux demandes des chefs par des déclarations de satisfaction sur l'état général des services de santé tandis que les autorités locales déploraient l'insuffisance de la couverture médicale et commençaient à s'alarmer de l'influence grandissante d'églises comme la Zion Christian Church (ZCC) dans le territoire. Née en 1910 par la prophétie de l'évêque A. B. Lakganyane, inquiet de l'érosion des croyances locales par l'action des missionnaires, la ZCC développa en effet une offre de guérison spirituelle très étendue et devint la plus importante église révélée en Afrique australe (Anderson, A., 1999). Son influence dès lors fut croissante en particulier en tant que pourvoyeur de soins.

Face à la détérioration de la situation sanitaire, les chefs locaux mobilisent leurs pouvoirs en interpellant le pouvoir britannique et leurs interlocuteurs missionnaires afin d'améliorer la santé collective. Cette requête s'exprima de plus en plus fortement et contribua à la légitimité des *dikgosi* dans l'administration de leur population. La construction d'hôpitaux devint un enjeu politique, marqué par la concurrence entre les missions chrétiennes.

La marche vers l'indépendance du pays va marquer un tournant avec l'avènement de la figure paternelle de Sereste Khama et de sa femme britannique blanche, Ruth, pour guider le pays vers l'indépendance et « prendre soin » de la nation.

Section 2. Indépendance nationale, pouvoir bienfaisant et santé publique

La politique contemporaine jusqu'à l'indépendance du Botswana en 1966 a été associée au *morafe* des Bangwato et à sa dynastie régnante la famille Khama, du règne du *kgosi* Khama III (1875-1923) jusqu'à Seretse Khama qui est devenu le premier président du Botswana indépendant. Cette famille qui régna sur une proportion importante du pays, autour de sa capitale Serowe, a entretenu un rapport étroit avec l'expansion du christianisme dans le protectorat et reste aujourd'hui connue pour la lutte qu'elle fit contre l'alcool. La crise de succession à la tête des Bangwato, en raison d'un mariage

⁵⁹ Informal meeting HC and Tswana chiefs, Gaborone, 14.10.1943 (Molefi 27)

« interracial » scandaleux dans le contexte régional de l'apartheid, contribua à l'émergence d'élites politiques rassemblant l'ensemble des *merafe*. Le peuple Bangwato fut de la sorte associé à la construction de l'État indépendant.

En 1948, l'héritier au trône Bangwato, Seretse Khama, se vit refuser l'accès au trône en raison de son mariage avec une femme britannique blanche. Ce mariage a déclenché une longue « crise » dans les relations coloniales, dans la région et jusqu'en Grande-Bretagne. Le brillant héritier avait bouleversé l'ordre de ségrégation raciale qui prévalait dans la région et provoqué la panique des autorités britanniques et de l'ensemble des pays voisins dans lesquelles dominaient les minorités blanches. Celles-ci ont vu ce mariage comme une menace extrême de remise en cause de leur statut et de leur pouvoir dans la région (Dale 1996 :3), une situation tendue qui dura pendant toute la décennie 1950 (voir encadré 1). Une fois les tensions apaisées, Seretse Khama guida le pays vers l'indépendance. Le couple qu'il formait avec son épouse Ruth incarna la protection de la Nation et son accession à l'indépendance dès lors qu'ils ont été autorisés à rentrer au Bechuanaland, après un exil en Angleterre.

Encadré 1. Un mariage inconvenant (1948)

« Un mariage inconvenant »⁶⁰ : l'union entre l'héritier au trône Bangwato, Seretse Khama, avec une femme britannique blanche, Ruth Williams, en 1948.

A la mort prématurée de Sekgoma II, fils de Khama III, en 1925, l'héritier du trône Seretse Khama n'avait que quatre ans. Il fut nommé *kgosi* lors d'une cérémonie et son oncle Tshekedi fut nommé régent. En tant que membre de l'élite dirigeante africaine, et selon les pratiques de l'Empire britannique, Seretse Khama fit ses études supérieures à Fort Hare (l'unique université pour Africains), dans la province du Cap orientale, en Afrique du Sud, où il obtint un B.A. en 1944 puis il fut envoyé poursuivre des études de droit en Angleterre, à Oxford puis à Londres⁶¹. Il socialisa à Londres avec les étudiants et membres de l'élite africaine et se sensibilisa aux luttes indépendantistes et anti-raciales. Il y rencontra une jeune clerc de notaire, Ruth Williams. Ils décidèrent de se marier, contre l'avis des Bangwato et de son oncle régent, des Britanniques et de l'église à Londres, et de la London Missionary Society, les missionnaires installés de longue date au Bechuanaland. Tous ces efforts conjugués ne dissuadèrent pas les jeunes épris de se marier devant la mairie en septembre 1948 (Williams, 2006 : 25).

Le mariage de Ruth et Seretse provoqua une onde de choc auprès du pouvoir Bangwato au Bechuanaland et dans toute la région, en particulier en Afrique du Sud, où le parti nationaliste venait d'être élu et auprès des autorités britanniques désireuses de ménager les relations avec ce pays. Tshekedi Khama exhorta son neveu à rentrer et à annuler son mariage. S. Khama multiplia les réunions publiques (*kgotla*) pour persuader son peuple qu'il continuait à être digne d'exercer le pouvoir. Lors du Kgotla du 21 juin 1949 parvint à convaincre les dignitaires et l'ensemble de la population qui se rallia à sa cause, le confirma comme chef et accueillit sa femme comme leur « mère ». Du côté des Britanniques, les intérêts économiques et politiques en Afrique du Sud les conduisirent à adopter une attitude radicale face à un mariage interracial. Le gouvernement du parti national venait de remporter les élections en 1948 et s'engagea dans l'adoption des lois du programme d'Apartheid (le « grand Apartheid »). Le 1er juillet 1949 est votée une loi qui interdit les mariages entre races (*Prohibition of Mixed Marriages Act*). L'administration britannique exclut Seretse Khama du pouvoir Bangwato. Il fut banni du territoire et condamné à l'exil en 1950. S. Khama rentra en Angleterre tandis qu'une enquête parlementaire commençait à étudier la capacité de S. Khama à

⁶⁰ D'après le titre du livre de Michaël Duffield, *A Marriage of Inconvenience* (1990).

⁶¹ Voir la biographie de Seretse Khama par Neil Parsons, historien à l'université du Botswana : <http://www.thuto.org/ubh/bw/skhama.htm> (11/04/2011)

exercer la fonction de chef. Cette enquête menée par le juge Harragin conclut à la pleine capacité de Seretse à diriger les Bangwato⁶² mais ce rapport fut tu par le gouvernement britannique pendant plusieurs décennies. Seretse et sa femme sont condamnés à l'exil en Angleterre en 1951 (un exil décrété à vie en 1952).

Cette union eut de grandes répercussions dans la région où l'idéologie de la ségrégation raciale était en train de l'emporter à partir de l'Afrique du Sud. Mais elle signifia aussi la consolidation d'une identité nationale structurée autour du couple a-racial Khama.

Le couple Khama, protecteur de la nation

Le « mariage inconvenant » (Dutfield 1990) de Ruth et Seretse fit émerger une double figure de père et de mère, un couple légitime aux yeux de la population du protectorat pour présider à leur destinée. Le mariage et l'exil inscrivirent la souveraineté et le pouvoir dans une définition résolument non raciale et entérina la future légitimité de Seretse et de son couple bienveillant à exercer le pouvoir. Face au pouvoir britannique, le pays Ngwato avait tôt adopté ce couple progressiste, manifesté son souhait de voir les époux rentrer d'exil et de se placer sous leur protection. Avant leur condamnation à l'exil, Ruth Khama était déjà imaginée comme une mère protectrice, bienfaitrice. En 1951, l'association des femmes Bangwato demanda au gouvernement britannique d'autoriser Ruth à séjourner quelques mois parmi eux à Serowe, afin de mieux la connaître. La directrice de l'association précisait:

Nous avons appris à les aimer et les chérir alors qu'ils nous avaient été arrachés et maintenus loin de nous. Nous avons eu du chagrin et souffert en leur absence et en l'absence de notre Chef Seretse. Nous souffrons que notre mère soit encore gardée loin de nous et nous ne comprenons pas les raisons de ce bannissement⁶³.

Le couple a connu une certaine célébrité lors de son exil en Grande-Bretagne. Leur vie à Londres fut racontée dans le magazine *Life* en mars 1950. Ruth confia à la journaliste sa bienveillance à l'égard du peuple Ngwato et son souhait de s'engager pour améliorer l'éducation et la santé:

Cela me prendra des années pour introduire toutes les réformes que je souhaite. Les Bangwato ont eu la protection de la Reine Victoria pendant toutes ces années mais bien peu d'attention [*but precious little care*] (...). Il n'y a pas d'éducation obligatoire. L'hygiène et la santé sont quasiment inexistantes. Il n'y a aucun centre de santé ou de clinique digne de ce nom. Il y a un immense besoin de toutes ces choses parmi les Bamangwato⁶⁴.

Ruth Khama s'adressait à un public britannique dont il était important à ce moment de gagner le soutien, afin d'emporter l'adhésion de l'opinion publique britannique. Elle insistait donc sur la condition des femmes, l'absence d'éducation, de pratiques d'hygiène et d'infrastructures de soins. Elle mentionnait les pratiques peu amènes des commerçants blancs étalant leur richesse face à la majorité d'Africains pauvres. Ruth Khama et son mari en exil à Londres ne se privaient pas d'exposer les inégalités sociales et raciales, la situation sanitaire au Bechuanaland et le rôle qu'ils pourraient

⁶² Seretse Khama y était déclaré "eminently fit to rule".

⁶³ Cité par Williams, 2006: 110.

⁶⁴ Article sur la vie du couple Khama dans le magazine *Life* 6 mars 1950 cité par Williams, 2006: 82.

jouer face à ces injustices. L'administration britannique ne les inquiéta pas et prépara leur retour au pays, sous la pression internationale, dans le climat des indépendances qui se profilait sur le continent africain dès la seconde moitié des années 1950.



Figure 1. Photo du couple Khama, sur la colline de Mochudi (1960).

Source : Site internet : africanhistory.about.com

Ruth et Seretse Khama furent autorisés à rentrer au Bechuanaland en 1956 en tant que « citoyens privés » à condition de renoncer au titre de « chef » et de résider hors de la « réserve Ngwato ». Ils s'installèrent à Lobatse, à la frontière orientale avec l'Afrique du Sud. Seretse s'occupait de son bétail et s'impliquait dans la politique locale. Le retour dans son pays de Seretse Khama fut facilité par la pression des Bangwato sur l'administration britannique et aux premières explorations minières dans le territoire. Bien que favorables au principe d'une exploitation minière, les dignitaires Ngwato refusèrent les concessions aux compagnies minières et à l'administration britannique tant qu'ils n'auraient par leur chef pour les conseiller et les guider dans ces projets. Ceci va accélérer les négociations entre Seretse et son oncle Tshekedi. Tous deux renoncèrent à leur prétention envers le trône Bangwato ; Seretse négocia un premier accord minier d'exploration en 1958 (avec AngloGold).

En 1957 le *Bangwato Tribal Council* fut mis en place mais Seretse Khama s'impliqua davantage dans les institutions qui guidèrent le protectorat vers l'accession à l'indépendance. Il devint membre du *African Advisory Council* (AAC) et du *Joint Advisory Council* (JAC)⁶⁵. En 1962 il fonda le *Bechuanaland Democratic Party* (BDP) et commença à faire campagne pour des réformes multiraciales. Puis il fut élu premier ministre en 1965 à l'issue des premières élections préludant à l'accession à l'indépendance, effective le 30 septembre 1966.

A leur retour au Bechuanaland, le couple Khama manifesta entre autres un intérêt pour les questions liées à la santé et à l'éducation. À la veille de l'indépendance face à une situation sanitaire très détériorée, marquée notamment par l'emprise croissante des maladies vénériennes et

⁶⁵ Deux institutions consultatives, qui, avec le European Advisory Council, conseillent le Resident Commissioner.

infectieuses, comment le futur pouvoir allait-il prendre en charge la santé ? En 1958, devant la 38^{ème} session de l'AAC à Lobatse, Seretse Khama prenait déjà position pour que la santé publique soit placée au cœur de la politique gouvernementale:

Il ne fait aucun doute qu'il est nécessaire d'entretenir les routes, ni qu'il est nécessaire de construire des résidences pour les responsables gouvernementaux, mais selon moi il est primordial d'utiliser le peu d'argent que nous avons pour ériger des hôpitaux et des dispensaires. Nous devons également essayer d'attirer des gens pour occuper des postes dans ce pays en tant que médecins⁶⁶

Dès 1958, en prenant position pour une politique de développement sanitaire, Seretse Khama endosse le rôle d'un pouvoir politique indépendant et bienveillant. Indépendant car la santé et l'éducation étaient au cœur de la responsabilité du futur État indépendant. Bienveillant car la santé entraînait déjà dans le projet politique de Seretse Khama qui opérait une synthèse entre le travail de soin proposé par les missionnaires et le peu de services médicaux de l'administration coloniale. Surtout, à travers des positions en faveur du développement sanitaire, Seretse Khama fait part d'une conception de la conduite du pouvoir, qu'il clarifia dans une allocation inaugurale devant le *Joint Advisory Council* en 1959 :

Je pense qu'il est temps que nous-mêmes au Bechuanaland, qui n'appartenons ni à l'Afrique du Sud ni à la Fédération (de Rhodésie ou du Nyasaland), ou de tout autre ensemble excepté la Grande-Bretagne, formulions une politique pour nous-mêmes qui nous sera spécifique (*which is probably unique to us*) (...)

Cette politique nous conduira à enseigner à ces pays qui professent d'être plus avancés que nous-mêmes, que en ce qui concerne l'administration et les relations entre les races, ils ont plus à apprendre de nous que nous à apprendre d'eux. (...)

Nous ne devons pas avoir peur de susciter le mécontentement, tant que ce que nous faisons est internationalement accepté. (...) Et si nous sommes dans le vrai, cela suscitera des réactions mais nous ne devons pas trop nous soucier de ce que chacun pourrait avoir à dire... nous avons cette opportunité dans ce pays pour montrer comment les êtres humains peuvent vivre ensemble »⁶⁷

Le pouvoir revendique une différence, une distinction. Fort de sa légitimité de lutte contre la ségrégation raciale politique dans la région dominée par l'Apartheid (en Afrique du Sud et dans plusieurs États voisins), à travers la lutte pour la reconnaissance de son mariage et de ses droits en tant que citoyen, S. Khama imposa une empreinte forte sur le pouvoir politique puis dans la conduite des affaires publiques. Sa déclaration laissait entrevoir une identité politique qui distinguait le Bechuanaland des autres entités politiques de l'Afrique coloniale. S. Khama était en train de bâtir sa légitimité sur cette moralité politique constituée d'une profonde conviction a-raciale, un pragmatisme du développement et une volonté de protection du peuple:

Nous sommes quasiment seuls dans cette foi dans le fait qu'une société non-raciale peut fonctionner maintenant, mais il y a ceux ... qui se contenteront de se réjouir de voir notre expérience échouer

Sur le plan de la lutte anti-raciale il demanda dès 1962 la mise en place d'un comité visant à réformer toutes les dispositions inégalitaires dans le Protectorat et se heurta à l'hostilité des Blancs.

⁶⁶ Cité par Molefi, 1996: 36.

⁶⁷ *In From the Frontline*, Speeches of Sir Seretse Khama, 1980.

Sur le plan idéologique, Seretse Khama se distingua des options socialistes privilégiées dans de nombreux pays africains à l'époque et préféra endosser une optique « pragmatique » limitant son discours à la recherche des moyens politiques, institutionnels et financiers pour améliorer le sort du peuple et de « développer » son pays :

J'ai renoncé au titre de Chef car j'ai toujours été préparé à le faire. Dorénavant je souhaite aider mon peuple à développer un système démocratique, à améliorer notre standard de vie, et à fonder un sentiment national sain et dynamique (*to establish a happy and healthy nationhood*)⁶⁸

À l'aube des indépendances en Afrique, les discours de l'unité nationale et le mot d'ordre du développement devinrent la norme à travers le continent africain, pour les mouvements nationalistes et des futurs pouvoirs indépendants (Bourmaud, 2001). Mais en optant pour une vision de la politique anti-raciale, en affirmant en faire une force à contre-courant de l'ensemble de ses voisins, et en prônant le bien être de son peuple, Seretse Khama obtint rapidement, en plus de la confiance de la population, celle des Britanniques et des États-Unis.

L'édification du système de santé dans l'État indépendant

Les indépendances en Afrique et la reprise en main des institutions nationales créèrent partout les conditions d'une euphorie politique et d'un enthousiasme partagé entre les nouveaux pouvoirs et les populations autour de la perspective de « développement national ». La rhétorique de l'indépendance dans les années 1960 équivaut à la recherche d'une unité entre le pouvoir et le peuple pour le développement. Libérés de la tutelle coloniale, les pouvoirs indépendants, en accord avec la population, s'engagèrent en priorité dans des programmes visant à améliorer les conditions de vie et le bien être des populations. Il s'agissait de dépasser les restrictions et les inégalités caractérisant les politiques coloniales et pour cela d'accorder une place centrale à l'éducation et à la santé.

Le Botswana accéda à l'indépendance avec des services de santé parcellaires. La politique gouvernementale a consisté, dans un premier temps, à recourir aux financements internationaux, en vue de favoriser une expansion des services de santé puis, dans un second temps, à les financer grâce à des ressources nationales en augmentation.

En 1960-1970, les mécanismes de coopération étaient en plein essor afin d'aider ces pays à opérer leur prise en main souveraine et leur développement. Les politiques de développement sanitaires étaient soutenues par des organismes internationaux comme l'OMS, en coordination avec les gouvernements nationaux. Pour l'ensemble de sa politique sanitaire, comme pour d'autres secteurs comme l'éducation, le gouvernement botswanais fut massivement aidé par la coopération internationale notamment européenne pendant les années 1970⁶⁹. Le Botswana profita d'ailleurs de sa situation régionale. Entouré de régimes racistes ou de régimes communistes, faisant preuve d'une

⁶⁸ Pathé Gazette, "People in the News – Seretse Khama Returns to His Country", octobre 1956, cité par Williams, 2006: 286.

⁶⁹ Dans le cadre de la convention de Lomé I avec la CEE, qui prit le relais des accords préférentiels prévus au sein du Commonwealth.

bonne gestion, le gouvernement botswanais fut subventionné pour son « budget de développement » (80% des dépenses de développement en 1976 étaient couvertes par l'aide internationale).

R. Werbner considère que la « sagesse post coloniale d'un cercle restreint » a pu créer une « machine étatique effective pour le développement capitaliste »; une gestion technocratique et une administration publique forte. La planification pour le développement et un « management » valorisant « l'effectivité, l'ordre et la transparence » (idem) ont été introduits en collaboration avec de jeunes professionnels expatriés dès les premières années de l'indépendance et poursuivie par les gouvernements successifs qui ont résisté aux sirènes de l'africanisation.

Le ministère des finances et de la planification pour le développement (MFDP) est devenu l'institution clé dans la planification pour le développement et dans la coordination et la gestion de l'aide extérieure (Maipose et Somolekae 1998). Selon un système de planification sur des cycles de 6 ans, des priorités de développement furent identifiées et des objectifs fixés. Des évaluations à mi-terme étaient prévues afin de réorienter au besoin les objectifs et les moyens. En s'appuyant sur le MFDP, le gouvernement a coordonné l'aide extérieure y compris en effectuant des choix sélectifs avant de s'engager. Tout le processus de l'aide internationale fut soutenu par une culture de consultation et de consensus (Maipose et Somolekae 1998, 451) réservée aux fonctionnaires et aux responsables politiques et qui a parfois suscité des plaintes de la part des donateurs. Ce sont en effet les acteurs gouvernementaux qui identifiaient d'abord leurs besoins et/ou effectuaient un travail politique et administratif afin de faire correspondre les moyens aux objectifs fixés. Ces objectifs reposaient sur une évaluation des besoins nationaux à atteindre par des stratégies de développement basées sur l'accumulation du capital et la création des conditions de production (Tsie 1996; W. A. Edge 1998; Taylor 2002; V. Fritz et Menocal 2011). L'État botswanais fut caractérisé par la capacité à orienter et décider de priorités claires au niveau national avec un pouvoir d'action solide et des pouvoirs « infrastructurels » à savoir par la « capacité de l'État à réellement pénétrer la société civile et à y mettre en œuvre sur le plan logistique des décisions politiques dans tous les domaines ». Pour Leftwich, cela correspond au type idéal d'État développeur et est un mélange de détermination et de capacité à stimuler, diriger, former et coopérer avec le secteur privé national et à organiser ou superviser des accords mutuels acceptables avec les intérêts étrangers (2000, 167).

La politique des soins de santé primaires dans les années 1970

A l'instar de la majorité des États africains dans cette période, le Botswana enregistra dans les années 1970 une amélioration des conditions de santé (baisse des indicateurs tels que la mortalité infantile) grâce à des investissements nationaux substantiels notamment pour la construction d'hôpitaux. Jusqu'en 1972, presque tous les fonds furent alloués aux services hospitaliers. Or les autorités botswanaises constatèrent que la politique de développement hospitalière conduisait à une impasse. En 1973, avec le 3^{ème} plan de développement national (NDP 3), le ministère de la Santé reconnaissait que l'hôpital ne parvenait pas à redresser la situation sanitaire :

Nous n'avons pas la preuve que la politique d'expansion hospitalière ait eu un impact sur l'incidence des maladies au Botswana. Les maladies prévalentes aujourd'hui sont les mêmes qu'en 1963 et, dans certains cas, comme les maladies vénériennes et la tuberculose, encore

plus (...) Les programmes curatifs à l'hôpital n'ont pas amélioré le bien-être de la communauté⁷⁰.

Arrivé au Botswana en 1976 en provenance de la Rhodésie du Sud où dominait le régime blanc de Ian Smith jusqu'en 1980 (actuel Zimbabwe) pour diriger l'hôpital de Mochudi, Dr Howard Moffat fut un acteur engagé dès cette période dans le développement des soins de santé. Au cours d'un entretien en 2009, il reconnaissait que la politique de santé développée à cette période était "entièrement basée sur l'hôpital" mais témoignait de l'efficacité avec laquelle le développement de soins de santé primaire avait été mené :

Je participais à de nombreuses réunions au ministère de la santé et j'étais également membre de l'*Association des Missions médicales* au Botswana et l'on se réunissait beaucoup. Dans toutes ces réunions, le système de santé primaire était toujours à l'ordre du jour en termes de ressources à mettre en place pour amener les soins le plus près possible de la population (Retranscription d'entretien avec H. Moffat (2), Gaborone, 30/9/09)

Dès 1971, un programme pilote financé par l'UNICEF était introduit pour former une nouvelle catégorie de personnels de santé avec une formation courte, pour travailler en milieu rural dans le cadre d'activités de prévention. La réussite de ce programme a convaincu le gouvernement de généraliser ces *Family Welfare Educators* (FWE) qui ont reçu une formation de onze semaines à partir de 1973 à l'Institut national de santé à Gaborone. Les FWE, toutes des femmes, étaient placées aux premiers échelons du système de santé (postes de santé et des cliniques) pour effectuer un travail d'éducation sanitaire, en particulier auprès des femmes enceintes et des enfants de moins de 5 ans, et des patients tuberculeux. Elles sont devenues la « colonne vertébrale du système de santé gouvernemental botswanais » (Livingston, 2006: 33). En 1974 des équipes régionales de santé ont été créées sous l'autorité du ministère de la santé puis transférées au ministère du gouvernement local dans le cadre de la politique de décentralisation des services de santé. Cette politique de décentralisation de la politique de santé et de renforcement de la santé « primaire » comprenait déjà des principes en vogue dans différents pays africains et pour les organisations internationales et qui ont été consignées dans la Déclaration de Alma Ata sur les soins de santé primaires⁷¹ en 1978. Dr H. Moffat précisa en effet:

Une autre chose nouvelle – qui n'existait pas au Zimbabwe⁷² – était un bon système de recueil des informations sur les patients que ceux-ci gardaient: des cartes bleues pour les hommes, roses pour les femmes, vertes pour les enfants de moins de cinq ans avec les graphiques prônés par l'OMS: à chaque visite le professionnel pesait l'enfant, notait son immunisation, c'étaient les fondations de la santé primaire, les principes étaient en place pour un très bon système de santé. Le Botswana devint dès lors un modèle en Afrique avec 90% d'immunisation, 95% de suivi prénatal... Mais la mortalité maternelle était toujours élevée (Retranscription d'entretien avec H. Moffat (2), Gaborone, 30/9/09)

La plupart des États africains, malgré l'aide internationale, entraient dans une crise profonde, sensible dès le début des années 1970. Cette crise entraîna une détérioration des services de santé fut ensuite aggravée par les recettes de rigueur économique prescrites par les plans d'ajustement

⁷⁰ National Development Plan III, 1973-1978, Gaborone, cite par Hogh et Petersen, 1984: 787.

⁷¹ Déclaration de Alma Ata sur le site de l'OMS : http://www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration_almaata.pdf

⁷² À l'époque de son récit, le Zimbabwe était à la Rhodésie du Sud, un régime blanc, jusqu'en 1979.

structurels imposés par le FMI et la Banque Mondiale à la grande majorité des pays d'Afrique subsaharienne (prônant en particulier une baisse des dépenses publiques). Épargné par cette crise économique généralisée (les exportations de diamants n'ayant pas été concernées par la baisse du cours des matières premières qui affecta les autres pays), le Botswana n'a pas eu à appliquer un plan d'ajustement structurel. De ce fait, l'État a gardé, grâce à ses ressources propres, le contrôle de ses politiques de santé, menées en collaboration avec les agences internationales de santé et les partenaires de coopération européens.

En revanche, les missions médicales entrèrent en crise en raison de financements en baisse et durent rétrocéder en partie leurs services au gouvernement. Certains hôpitaux ont été repris en main (*hand over*) par le gouvernement, comme l'hôpital Scottish Livingstone de Molepolole, en 1975. D'autres demeurèrent sous l'autorité des missions chrétiennes. Les missionnaires s'impliquèrent dans l'élaboration de la politique nationale de santé publique au niveau national à l'instar du Rév. Dr Alfred Merriweather. Celui-ci assura une continuité entre le soin qu'il apportait jusqu'aux villages des confins du désert avec des cliniques mobiles et sa carrière de clinicien à l'hôpital de Molepolole. Il devint directeur de l'hôpital de Gaborone au début des années 1980, ce que je relate au début de la 3^{ème} partie en présentant mon enquête à l'hôpital Princess Marina. Il eut un rôle de conseil au gouvernement, des responsabilités ministérielles et le titre de *Speaker* de l'Assemblée nationale. Il fut en outre le médecin personnel du président de la République Seretse Khama jusqu'au décès de celui-ci en 1980.

La politique de santé primaire porta ses fruits dans le tissage et le renforcement des structures de santé de base mais elle fut coûteuse selon Högh et Petersen (1984). Les succès de la politique de santé primaire des années 1970 se répercutèrent tout au long des années 1980 en générant des demandes pour des services de référence plus avancés. Le gouvernement s'engagea alors dans ses plans de développement national (NDP), à maintenir de hauts niveaux d'investissement pour la santé, notamment pour la construction d'hôpitaux de districts. Le NDP 6 (1985-1991) alloua des ressources substantielles pour l'amélioration de l'hôpital de Gaborone et pour la construction d'un deuxième hôpital de référence dans le nord du pays à Francistown (Charlton, 1996: 147). La Banque mondiale commença à ériger le pays en modèle pour sa couverture vaccinale, le nombre d'accouchements effectués à l'hôpital et le suivi prénatal. Le succès économique (grâce à la bonne gestion des ressources et des revenus miniers) a permis à l'État de financer et de soutenir le développement des services de santé.

Les années 1980 : période phare du développement sanitaire ?

Au moment où le continent africain entra en crise, l'État botswanais enregistrait des succès dans le développement sanitaire notamment en termes de couverture sanitaire attesté par plusieurs études populationnelles. Au début des années 1980, plus de 85% de la population avait un accès « raisonnable » aux services de santé, avec une structure de santé à moins de 15 kilomètres. Dans la seconde moitié des années 1980, la plupart des indicateurs sanitaires comme la mortalité infantile et

la mortalité avant 5 ans, l'espérance de vie (d'environ 50 ans en 1970 à 67 ans en 1990⁷³) ; l'accès à l'eau potable et aux installations sanitaires⁷⁴ s'étaient améliorés. Les campagnes de vaccination avaient permis d'atteindre une immunisation des enfants de plus de 99% pour le BCG, 86% pour le DTP-3, 88% pour la polio et 91% pour la rougeole⁷⁵.

En 1983-1985 une étude nationale⁷⁶ évaluant l'état de santé de la population confirma que la plus grande partie de la population avait accès aux soins mais souligna la persistance de la tuberculose comme problème de santé publique majeur tout comme les diarrhées et pathologies respiratoires, surtout pour les enfants en bas âge⁷⁷. Les maladies infectieuses et sexuellement transmissibles continuèrent d'avoir une forte incidence. Bingham note la forte incidence des MST et en particulier la syphilis et la gonorrhée (1985, 410) dont le diagnostic et la prise en charge demeuraient insuffisantes⁷⁸. De même la mortalité maternelle et infantile continua de préoccuper les autorités sanitaires⁷⁹. Celles-ci travaillèrent en étroite collaboration avec les organisations internationales et s'appuyèrent sur des directeurs d'hôpitaux, notamment dans les hôpitaux de missions. Au début des années 1980 les autorités sanitaires cherchèrent ainsi à mieux identifier les risques liés à la grossesse et les accouchements. Les responsables du Bamalete Lutheran Hospital de Ramotswa (Sud-Est de Gaborone) développèrent une « carte de risque prénatal et graphique de croissance fœtale » sous l'impulsion de son directeur Ian Kennedy. Celui-ci travailla ensuite avec un obstétricien de l'hôpital Princess Marina, Dr Lake, pour développer un « dossier obstétrique » (obstetric record) plus complet adopté en 1984 et nommé « Botswana Obstetric Record » (BOR) (Fako, Forchheh, et Ncube 2004, 1109). Le BOR devint le principal instrument de surveillance des grossesses lorsque le Botswana adopta le programme *Safe Motherhood Initiative* (SMI) en 1990, une initiative lancée par les agences de développement lors d'une conférence à Nairobi en 1987 (Fako et al, 2004 :1109).

Ainsi, au début des années 1980, la santé publique au Botswana était au centre des préoccupations politiques du gouvernement et suscitait l'intérêt d'acteurs de coopération qui continuèrent d'y développer des initiatives (ce qu'ils ne purent plus faire dans les autres systèmes de santé effondrés en Afrique). En plus d'une étroite collaboration locale entre le système de santé public et les hôpitaux de mission, une synergie entre acteurs nationaux et internationaux s'était mise en place qui conduisit notamment les instances locales à envisager de renforcer leurs capacités locales

⁷³ WHO Statistical Annual 1989, voir Dugbately **1999: 233**

⁷⁴ WHO Botswana country report, 1989.

⁷⁵ World Development Report, World Bank, 1992.

⁷⁶ National Health Status Evaluation Programme, ministère de la Santé, ministère du Gouvernement local, Université du Botswana et agence norvégienne de développement (1986).

⁷⁷ Voir National Health Status Evaluation, Monograph series n°2, Epidemiological survey, ministry of Health, juin 1986 : 12.

⁷⁸ Il rappelle ce qu'en dit Livingstone en 1857: "Syphilis was unable to maintain itself in any form in people of pure African blood anywhere in the center of the country. Warren par contre lors de son expédition trouve les "natives to be badly affected". Le district surgeon De Bedford en 1887 signalait que "sur 5529 indigènes examinés, plus de la moitié étaient affectés par la syphilis" (Murray, Merriweather, Freedman, in Bull WHO, 1956 ; 15 : 975-1039).

⁷⁹ National Health Status Evaluation, *op cit*, 1986.

pour produire des connaissances sur les systèmes de santé.

Vers le développement de capacités de recherche nationale en santé

L'amélioration des indicateurs de santé, la priorité politique donnée aux politiques de santé par les plans de développements nationaux et une coopération internationale solide et diversifiée engagea les autorités sanitaires dans une réflexion sur la nécessité de renforcer les capacités nationales à effectuer des recherches sur la santé et les systèmes de santé. La conférence internationale sur la recherche et le développement en santé qui se tint à Gaborone en 1984 constitua une étape importante dans le développement de la recherche sur les systèmes de santé au Botswana, avec le soutien d'organisation inter-gouvernementales comme l'OMS et de programmes de coopération comme celui proposée par la *Nordic School of Public Health* (Gotthenburg, Suède). Le représentant de cette institution, F. Staugard appelait à une dédramatisation du concept de recherche afin de transformer chaque agent de santé en « chercheur local ». Pour cela la formation des agents de santé à l'Institut National des sciences de santé (NIH) allait être revue pour intégrer l'apprentissage de méthodes de recherche⁸⁰. La création d'une unité de la recherche en santé (*Health Research Unit*) et du *Health Research and Development Committee* (comité d'éthique) dans les suites de la conférence marquèrent une importante réorganisation administrative du ministère de la santé afin de répondre aux besoins de collecte d'informations et de recherche et afin de mieux éclairer le gouvernement dans la conduite de la politique de santé⁸¹.

Mais, dans le courant de la même année, le VIH avait déjà atteint le Botswana et stoppa cet élan car la lutte contre le VIH mobilisa bientôt entièrement le système de santé. En quelques années, l'épidémie de sida remis en cause l'ordre sanitaire, social, économique et politique du pays. Le VIH/sida mit fin à ces initiatives nationales et internationales et modifia profondément la structure de la coopération internationale (acteurs, financements). A ce stade, l'épidémie va *paradoxalement* paralyser ou au moins freiner le développement des capacités locales de recherche, au moment où la nécessité de comprendre le VIH sur le plan épidémiologique, psychologique, social etc. était la plus impérieuse.

Conclusion du chapitre 1

En inscrivant les politiques de santé publique dans leur cadre historique, j'ai exploré les modalités de prise en charge de la santé par les pouvoirs qui ont dominé le territoire du Bechuanaland puis du Botswana indépendant. Contrairement au rôle qu'eut la médecine dans la majorité des colonies africaines, servant d'instrument de domination, de ségrégation voire d'expérimentation, la

⁸⁰ Staugard, F, 1985, « Botswana National health research goals and the National Health institute », Botswana National Health Bulletin, vol.1, No 2, 138-139.

⁸¹ Voir la préface du rapport "Health Statistics Report, 1986", Medical Statistics Unit, Ministry of Health, Gaborone, 1986.

santé des populations fut l'objet d'un désintérêt de la part du pouvoir colonial. Elle fut en revanche le support d'échanges et de dialogues entre les missionnaires, la population et les chefs locaux. Ceux-ci demandèrent la construction de services de santé auprès de la couronne britannique, dans le cadre de la protection qu'elle leur avait accordée à partir de la fin du 19^e siècle. La formation d'un « espace politique de la santé » (Fassin 1996) coïncida avec l'avènement d'un pouvoir indépendant rassemblant la nation botswanaise. Ce pouvoir politique fut incarné par un couple bienveillant, paternel, qui veilla aux destinées du peuple botswanais en héritant d'une mission de protection endossée désormais dans le cadre de la souveraineté nationale. Avec l'affirmation des pouvoirs tswana puis de l'État indépendant, émergea une préoccupation pour la gestion collective de la maladie ou la santé publique, à travers les demandes répétées des *dikgosi* tswana pour la fourniture de soin médical. L'absence de réponse de la part de l'administration britannique contribua à renforcer la constitution, avec l'avènement de l'État indépendant, d'un espace politique de la santé. C'est en effet avec l'affirmation des États modernes et « l'émergence de structures étatiques que ce domaine trouve réellement à s'étendre » (Fassin 1996, 225). La santé publique devint un instrument de légitimation du pouvoir de l'État, « dans le domaine qui touche le plus directement à la vie des citoyens » (*idem*, 227). La santé publique se matérialisa dans l'édification d'un système de santé performant, soutenu par une forte croissance économique, par les financements internationaux et l'absence de politique de rigueur budgétaire (ajustement structurel), renforcé par la fusion entre les services médicaux de missions et les services gouvernementaux et enfin, marqué par le développement conjoint de services hospitaliers et d'une approche de soins de santé primaire.

Dès le milieu des années 1980, l'épidémie de sida se propage rapidement en Afrique subsaharienne. L'épidémie d'infection à VIH dévaste des États très affaiblis par la crise économique et l'ajustement structurel, des États dépossédés de moyens sanitaires, institutionnels, financiers, etc. pour faire face à la tragédie sanitaire. Le Botswana est gravement touché dès le début des années 1990. L'État développementaliste est-il mieux disposé à y répondre ? Comment le pouvoir bienfaisant a-t-il pris en charge la réponse face au sida ?

Chapitre 2 – L'État botswanais face au VIH/sida jusqu'en 2000: de l'impuissance thérapeutique à l'urgence nationale

L'épidémie de sida en Afrique a frappé les sociétés et les observateurs par la rapidité de sa propagation, son ampleur épidémiologique, ses conséquences sur les plans individuels, sociaux et politiques. Dès le milieu des années 1980 face à sa progression, les explications épidémiologiques ont rendu responsables les États et les populations : pour leur inaction, pour leurs comportements sexuels et leurs croyances culturelles. Or la réponse politique des États mérite d'être appréhendée en fonction de la spécificité de l'épidémiologie et également en fonction de la structuration des institutions nationales afin de proposer une sociohistoire politique de l'épidémie. En déconstruisant le paradigme d'explication culturaliste du sida, les anthropologues ont ouvert la voie à une appréhension des réponses étatiques face à l'épidémie de sida en Afrique (Fassin 1994, 750) en montrant les fragilités des institutions et des pouvoirs face à la violence politique de l'assignation culturaliste et de l'origine du sida et le désarroi face à la crise sanitaire. Les premiers temps de l'épidémie, et du rapport politique au VIH/sida, à la fois sur le plan de la réalité épidémiologique et sur le plan des politiques de lutte sont fondamentaux pour comprendre la structuration ultérieure de la lutte – sur le plan politique et institutionnel, jusqu'à l'accès aux médicaments. Cela explique en effet le « silence » des États face à l'épidémie comme au Congo (Fassin 1994) voire la dissidence dans le cas sud-africain, une attitude politique porteuse d'un message au monde (Fassin 2002). Sur ces apports décisifs de l'anthropologie politique de la santé, la science politique française (Gruénais et al. 1999; Eboko 2005b; Kerouedan et Eboko 1999) a contribué à une analyse des réponses étatiques face au sida. La littérature anglo-saxonne a également envisagé ce domaine d'étude, à partir du paradigme de la crise de l'État ou de l'État failli (Batsell et Boone 2001; Fassin 1994; Poku et Whiteside 2004)⁸².

En vue d'analyser la réponse politique et institutionnelle au VIH/sida au Botswana et la configuration des acteurs qui permet d'envisager la mise en œuvre d'une politique d'accès aux médicaments, deux temps seront développés : en premier lieu il s'agit de retracer l'évolution

⁸² On exclut ici une très dense littérature au tournant des années 2000 sur la « globalisation et le sida », les enjeux de développement et de droits de l'homme qui prend place aux côtés du thème de la sécurisation.

épidémiologique de l'infection à VIH en Afrique et les réactions des responsables politiques et de santé publique. Dans un second temps, je décris le processus d'ajustement politique et d'alignement des normes et institutions de la lutte contre l'épidémie. Le gouvernement botswanais et en particulier le président de la République de 1998 à 2008, Festus Mogae, se distingue comme une responsable politique de premier plan dans la reconnaissance de la sévérité de l'épidémie, de son impact à tous les niveaux de la société et de l'économie. Le président déclara en janvier 2000 que le VIH/sida était une « urgence nationale » et il agit en conformité avec ce discours : mobilisation institutionnelle et de l'ensemble des forces de la nation derrière son « leadership », « appel à l'aide » aux partenaires internationaux, engagement pour l'acheminement prochain de médicaments gratuits. Au moment où le Brésil se distingue comme un État activiste face au sida (Batsell et Boone 2001; Fassin 1994; Poku et Whiteside 2004), en termes de mobilisation politique et institutionnelle, d'organisation du système de santé et d'accès aux médicaments, le Botswana peut-il être caractérisé par un activisme politique et sanitaire?

A la suite des travaux de Fred Eboko sur la modélisation des États africains face au sida (Eboko 2005b), l'étude du façonnement des acteurs et des institutions permettra de souligner les caractéristiques de l'État botswanais face à une crise sanitaire majeure : comment le pouvoir bienfaisant et protecteur étudié dans le précédent chapitre existe-t-il au cœur de l'État face au sida ?

Sur le plan théorique, la façon dont est prise en charge l'épidémie de l'infection à VIH dès ses débuts puis les calculs, évaluations dont elle fait l'objet permettant d'analyser la biopolitique du sida et comment se dessinent les instruments matériels, financiers et symboliques pour y faire face : comment la souveraineté étatique se donne-t-elle à voir afin d'œuvrer à « faire vivre » la population, par l'accès aux médicaments. Afin de comprendre ces rouages, il s'agit d'analyser la santé comme un objet politique et comme un objet de politiques (Fassin 2006a) à savoir étudier à la fois les décisions politiques et aussi se demander si la lutte contre le sida suscite une politisation des acteurs, des positionnements idéologiques, une instrumentalisation des données épidémiologiques, en somme comment le dispositif sanitaire se mobilise dans l'espace public.

Section 1. La progression du VIH/sida en Afrique (1980-1990): l'Afrique australe touchée tardivement mais de façon exponentielle

Entreprendre de fournir les éléments de repères d'une histoire du sida en Afrique est un défi qui est autant méthodologique que politique car il croise l'histoire de son assignation au « foyer africain » (Grmek 1989), de son assimilation à une épidémie différente que ne pourraient expliquer que les comportements sexuels et la culture des Africains. Cette assimilation à une altérité radicale (Dozon et Fassin 1989 ; Dozon, 2007) a nourri l'écriture d'une histoire racialisée du sida (Leibowitch 1984; Grmek 1989), d'études démographiques tout aussi racistes (Caldwell, Caldwell, et Quiggin 1989; Caldwell et Caldwell 1993) puis d'un récit sur les incapacités politiques des gouvernements à faire face avec des répercussions politiques et en termes de santé publique.

Or, l'épidémiologie du VIH/sida en Afrique est politique. Sa diffusion est ancrée dans une histoire de rapports de domination, de violence, d'inégalités sociales et de pauvreté. La situation socioéconomique détermine en effet largement la distribution des maladies (Farmer 2001). L'économie politique du VIH/sida (Fassin 2000a; Farmer 2006) s'impose et oblige à retracer tant l'histoire de l'épidémie en Afrique que la place du Botswana dans cette trame épidémiologique. Le sida en Afrique du Sud fut ainsi analysé à la fois comme une condition sociale (inégalités socioéconomiques, d'accès aux soins et d'exposition au risque) et une expérience historique liées à la violence héritée du système de ségrégation raciale (Fassin 2003b). La façon dont l'épidémie du VIH fut envisagée à son apparition par les pouvoirs politiques et sanitaires africains implique d'être retracée à partir d'éléments concernant l'histoire des premiers cas décrits aux États-Unis puis sur le continent africain.

Au début du mois de juin 1981, le bulletin épidémiologique des *Centers for Disease Control* (CDC) *Mortality and Morbidity Weekly Report* (MMWR) mentionna plusieurs cas de pneumonie à *pneumocystis carinii* chez de jeunes hommes en Californie, précédemment en bonne santé et qui n'ont en commun que d'être homosexuels. Le 4 juillet, la même publication rapportait 26 cas, cette fois à travers l'ensemble des États-Unis. Dans les toutes premières années, des cas similaires commencèrent à être identifiés en Afrique. Des cliniciens reconnurent avoir eu affaire à de tels cas cliniques vus dans les années 1970, parfois dès les années 1960, comprenant la plupart des symptômes cliniques de la maladie : amaigrissement, diarrhées⁸³.

⁸³ Il s'agit ici de poser les jalons importants d'une histoire de l'épidémie de VIH/sida en Afrique et de son contexte politique et épidémiologique. Pour plus de détails sur l'histoire du sida et Afrique on peut se référer à Iliffe (2006) et à Denis et Becker (2006) pour des études de cas.

De l'Afrique équatoriale occidentale à l'Afrique centrale : Zaïre, Congo, Centrafrique

En Afrique centrale, des recherches sont menées par des coopérations entre équipes belges, françaises et congolaises pour mesurer l'importance prise par le sida dans la région, des travaux menés dans une période de silence sur l'épidémie. Dans les années 1970, le Dr Kapita Bila, responsable du département de médecine interne du plus grand hôpital de Kinshasa, Mama Yemo observait de plus en plus de symptômes du sida dans les années 1980. Les médecins étaient dissuadés de déclarer publiquement ces cas malgré des relations avec des collègues en France qui les y incitait afin d'alerter les autorités sanitaires (Fassin 1994 :749). En lisant les rapports épidémiologiques (MMWR) de juin 1981 décrivant les cas de pneumonie à *pneumocystis carinii* aux États-Unis, des cliniciens ayant soigné des cas cliniques similaires chez des patients congolais à Bruxelles et Paris décidèrent de s'associer avec les cliniciens qui à Kinshasa observent certains de ces symptômes. En octobre 1983, naquit le « Projet SIDA » entre équipes belges (Peter Piot), américaines (Jonathan Mann) et congolaises (Kapita Bila) à l'hôpital Mama Yemo de Kinshasa et à Kigali⁸⁴. En arrivant à l'hôpital de Mama Yemo, le Dr Bila montra au Dr Piot les patients qu'il suspectait être porteurs du VIH. P. Piot se rappela : « Au moment où je suis entré dans l'hôpital à Kinshasa j'ai réalisé que quelque chose de terrible était en train de se produire » (cité par Iliffe, 2006 :12). Selon ces équipes, en juin 1984, la maladie était répandue parmi la population hétérosexuelle, essentiellement dans les villes, et entre 6 et 7% des femmes enceintes dans les consultations prénatales étaient infectées par le VIH. Le projet parvint à identifier les principaux modes de transmission : hétérosexuelle, par le sang, les injections et les transfusions et périnatale, de la mère à l'enfant. Le projet prit fin en 1991 après avoir notamment montré que dans 24% des cas, les femmes séropositives perdaient leur bébé durant la première année de vie et mis l'accent sur les injections non sécurisées et les risques liés aux transfusions sanguines, dans la mesure où les patients devaient apporter leur sang et faisaient parfois appel à des anonymes recrutés devant l'hôpital. Cet important travail de santé publique mené dans ces « années de la clandestinité » (Fassin 1994 :750) comportait des implications effrayantes pour les pays africains concernés et l'onde de choc portait jusqu'aux pays occidentaux. Le premier rapport rédigé par P. Piot fut rejeté par les revues médicales aux États-Unis et il fallut attendre encore un an pour que J. Mc Cormick parvienne à convaincre les *Centers for Disease Control* (CDC) d'Atlanta de financer un projet de recherche. À la tête de son laboratoire à Kinshasa, Jonathan Mann avait averti en 1986: « Un ou plusieurs millions d'Africains sont probablement déjà infectés » (Iliffe, 2006 :13).

Le sida se propagea dans les régions environnantes un peu moins rapidement qu'au Zaïre (où il atteint cependant un pic et se stabilisa au début des années 1990). Le VIH se diffusa au début des années 1980 vers le Bas Congo et les mines du Katanga, franchit le fleuve Congo vers Brazzaville et Pointe Noire au Gabon. Au Cameroun, la maladie était peut être présente mais fut cachée. Entre 1986 et 1988 des chercheurs y trouvèrent 23 cas répandus à travers une douzaine de villes. Les

⁸⁴ Ces deux cliniciens devinrent d'éminents spécialistes du VIH et des responsables internationaux de santé publique. Jonathan Mann dirigea le programme sida de l'OMS et Peter Piot pris la tête de l'agence ONUSIDA à sa création en 1996.

consultations prénatales de 1992 firent apparaître que 2% des femmes enceintes étaient séropositives avec de fortes concentrations à la frontière avec la République centrafricaine, pays dans lequel l'épidémie connut une croissance rapide avec des cas de sida suspectés par des médecins à Bangui dès 1982. En 1985 la prévalence du VIH est estimée à 2,3% parmi la population générale en République centrafricaine, tandis que la prévalence parmi les femmes enceintes (cliniques prénatales) atteint 7,8% en 1985 et 16% en 1993. Des preuves semblables ont été apportées pour le Burundi avec l'analyse des 658 échantillons sanguins d'une étude sur la fièvre hémorragique en 1980-81 : la prévalence du VIH était de 4,4% (7,6% pour Bujumbura ; 2,8 pour les provinces) (Iliffe, 2006 : 21).

Vers l'Afrique orientale : Rwanda, Burundi, Ouganda, Kenya, Tanzanie

Le virus se diffusa aussi en direction du Lac Victoria où, dans les années 1970-80 des cas avaient déjà probablement été vus par des médecins. Le premier cas probable au Rwanda daterait de 1977 et une étude rétrospective montra que 12% des donneurs de sang à Kigali étaient infectés par le VIH en 1982⁸⁵. L'Ouganda a aussi été très tôt touché par le sida. A l'automne 1982, une maladie épidémique est signalée parmi des contrebandiers à Kasensero dans le district du Rakaï. Le « slim disease » est un fait social dès le milieu des années 1980 avec de multiples maladies opportunistes associées. Le premier cas est diagnostiqué en 1982 lorsque l'association clinique est faite entre le 'slim disease' et le sida. La progression de l'épidémie dans ce pays fut extrêmement rapide et atteint déjà 29% des adultes dans les zones urbaines lorsque Yoweri Museveni prend le pouvoir en 1986 après plusieurs années de guerre civile. Dès le début des années 1990, l'Ouganda était le pays le plus touché avec un taux de prévalence du VIH atteignant 32,2% en 1991 (un chiffre qui chute à 10,3% en 1999).

En Tanzanie, le virus est introduit via la ville de Kagera où se situent de nombreux bars et une importante activité de prostitution puis vers la capitale Dar-Es Salaam. Au Kenya, la région de Kisumu fut le premier centre urbain touché par le sida⁸⁶. Le sida se propagea vers l'Afrique australe en empruntant les grandes routes de circulation (la région aux alentours du grand axe « TanZam » qui relie la Tanzanie à la Zambie fut très tôt sévèrement touché). Vers la Zambie, le sud-ouest de la région de Mbeya connaît une épidémie explosive de VIH et de tuberculose entre 1986 et 1994 causée par le sous-type C du VIH probablement par la région Mwanza du Lac Victoria puis le Malawi au Nord (Karonga). L'épidémie progresse à travers le Zimbabwe où des cas de sarcome de Kaposi agressif étaient signalés dès 1983. Le sang ne fut dépisté systématiquement qu'à partir de 1985, année pendant laquelle 2% des donneurs sont porteurs du VIH⁸⁷.

C'est à partir du Zimbabwe que le VIH « envahit » le Botswana (pour reprendre le terme employé par John Iliffe). L'ensemble de l'Afrique australe connaît une explosion épidémique avec des caractéristiques similaires liées à une sociohistoire commune : l'économie politique du travail minier,

⁸⁵ Voir M. Caraël in Gabrera, Pitt & Staugard, *AIDS at the Grassroots*, Gaborone 1996.

⁸⁶ L'expansion du sida vers l'Ethiopie est un cas spécifique, voir Iliffe, 2006: 30-35.

⁸⁷ Pitts, M. & H. Jackson, "Press coverage of AIDS in Zimbabwe: a Five-year Review", *AIDS Care*, 5 (1993), 224

des migrations de travail depuis le début du 20^{ème} siècle, la violence des régimes d'apartheid et la faiblesse de l'accès aux soins . Une vitesse de propagation exceptionnelle pour une épidémie qui bouleversa l'ensemble de la société et des politiques sanitaires dans la région.



Figure 2. Prévalence du VIH (1988 - 2003)

Prévalence du VIH parmi les adultes en Afrique de 1988 à 2003. Source Site d'informations sur le sida : <http://www.avert.org/history-aids-africa.htm> (1/9/11). NB: orange clair: de 1 à 5% jusqu'au rouge foncé : de 20 à 30%

L'Afrique australe touchée : épicentre mondial de l'épidémie

Dans les années 1980, l'épidémie se propageait dans la région sans être l'objet d'une attention exceptionnelle de la part des autorités sanitaires nationales ni des organismes internationaux qui semblaient considérer la région comme relativement épargnée par l'épidémie. Au début des années 1990, l'Afrique australe connut pourtant une progression très rapide de l'épidémie, en Afrique du Sud, Lesotho, Namibie, Botswana, Zimbabwe : ces « cinq pays (sont) passé(s) d'une relative préservation à un état d'hyper-endémie » (Fassin 2000 :106). En Afrique du Sud, la prévalence du VIH qui était de 1% en 1994 s'élevait à 10% dix ans plus tard. La rapidité extrême de la progression de la prévalence du VIH est surtout le fait des grands centres urbains : à Johannesburg, la prévalence du VIH augmente de 0.8% en 1988 à 18.8% en 1994 ; de 4% en 1992 à 16% en 1996 dans l'agglomération de Windhoek en Namibie (*idem*). Une véritable crise épidémiologique s'empara de la région australe, avec des caractéristiques renvoyant à une histoire commune : le régime d'apartheid et ses scories régionales, le travail migrant, les inégalités sociales et la violence [Citation].

Un récit historique méticuleux du sida au Botswana est difficile à établir car peu de sources sont disponibles sur cette période des premiers cas et de la propagation épidémique. Aux Archives nationales⁸⁸, j'ai consulté les bulletins épidémiologiques (*Epidemiological Bulletin*) qui décrivent les premiers cas de personnes malades du sida à Gaborone. J'ai complété ces informations par des études épidémiologiques ou démographiques nationales, des études sur la presse et le sida dans les années 1980 et d'autres études de littérature secondaire. Une enquête épidémiologique conduite en

⁸⁸ Comme je l'ai mentionné dans la section méthodologie, les archives sanitaires sont parcellaires aux Archives nationales, indisponibles au ministère de la Santé, incomplètes à l'hôpital Princess Marina. Par exemple, j'ai consulté les rapports annuels de l'hôpital Princess Marina pour les années 1984, 1986, 1989, 1990, 1995.

1984 comprenait un test pour les anticorps au VIH mais n'a trouvé aucune trace de VIH⁸⁹. Le premier cas de sida décrit à l'hôpital Princess Marina en 1985 était un homosexuel blanc (probablement sud-africain). Un responsable politique affirma fin 1985 que « le sida n'est pas un problème au Botswana, que c'est une maladie des homosexuels et qu'il n'y a pas d'homosexuels au Botswana » (Ubomba-Jaswa 1993, 13-14). Depuis ce moment, l'épidémie s'est diffusée rapidement. Le premier Botswanais infecté par le virus est déclaré un an plus tard, ce qui conduit les responsables politiques à revoir leur position. Le sida n'était plus la maladie de l'autre étranger. Le ministre de la santé annonça les modes de transmission et déclara que l'épidémie pouvait devenir « très grave et pourrait décimer une importante proportion de la race humaine », il recommanda des relations stables et fidèles (*idem*: 20-23). Ce cas clinique de sida à l'hôpital Princess Marina fut décrit dans une édition spéciale au milieu de l'année 1986⁹⁰ du *Epidemiological Bulletin* dont l'éditorial s'intitule : « Time for Botswana AIDS Control ». Dans la discussion de ce deuxième cas observé en février 1986, les auteurs précisèrent que le sida était encore rare mais qu'étant donné les modes de transmission connus et le rôle des lésions génitales dans la transmission par voie sexuelle, l'infection risquait de se propager parmi les gens « dépravés, ivres ou les prostituées qui ne peuvent guère attendre que ces lésions guérissent » (p. 279). La considération d'une maladie venant de l'étranger ou d'une maladie réservée aux personnes « aux mœurs légères » ne s'imposa cependant pas durablement dans le discours public⁹¹.

Au niveau national il existe peu d'indications fiables sur l'étendue de l'épidémie à la fin des années 1980. En 1990 la séroprévalence des adultes est estimée entre 2 et 3% (en 1995 elle est de 23%). Sur le plan épidémiologique, c'est au Nord du pays que l'accélération du VIH est d'abord remarquée. Une surveillance épidémiologique « sentinelle » parmi les femmes enceintes est mise en place à partir de 1992. La prévalence du VIH chez les femmes enceintes atteint 24% en 1992 et 34% en 1993. Dès 1992-93, la rapidité de la progression du VIH était sensible et explosa à Gaborone quelques années plus tard ainsi que dans les villes minières comme Selebi-Phikwe et à Francistown, la deuxième ville du Botswana, au Nord-Est du pays, à l'intersection entre un noyau de routes qui se dirigent vers la Zambie, le Zimbabwe et l'Afrique du Sud. Dans la Politique nationale du sida 1992, la réalité épidémiologique est déjà jugée très sérieuse :

Les études de séroprévalence du VIH parmi les femmes enceintes en 1992 a montré une forte prévalence de 12.7% à Maun, 14.9% à Gaborone et 23.7% à Francistown. Les résultats d'une étude similaire en 1993 indiquent que plus d'une femme enceinte sur trois à Francistown (...) Une estimation nationale du nombre de personnes vivant avec le VIH dans le pays s'élève à 92.000. Ces résultats placent le Botswana parmi les pays africains les plus affectés⁹²

En 1997, la prévalence du VIH parmi les femmes enceintes est de 42.9% à Francistown, de 38.8% dans le Chobe (Nord), de 34.4% à Serowe/Palapye, de 34% à Gaborone, et 33% à Lobatse⁹³.

⁸⁹ *National Health Status Evaluation survey 1984 et Family Health Survey 1988*: p. 39

⁹⁰ *Botswana Epidemiological Bulletin*, Vol. 6, No. 4, 1985.

⁹¹ Pour une analyse des articles de presse de cette période sur la question du VIH/sida, voir : Ubomba-Jaswa, 1993.

⁹² Botswana National Policy on HIV/AIDS, approuvée et adoptée par le gouvernement par directive présidentielle CAB:35/93 datée du 17 novembre 1993.

⁹³ Données extraites du *National Policy Document* de 1998, p. 2.

De 1992 à 1999, la séroprévalence du VIH parmi les femmes enceintes a plus que doublé : 18% en moyenne en 1992 elle passe à 38% en 1999 (enquête dans huit centres de suivi prénatal)⁹⁴. Il est estimé qu'un enfant sur huit naît séropositif à la fin des années 1990. A ce moment les rapports épidémiologiques ne discernaient comme seul espoir que le fait que parmi les jeunes de moins de 15 ans la séroprévalence était de moins de 2%, soulignant l'enjeu pour cette génération de se prémunir d'une contamination par le VIH⁹⁵.

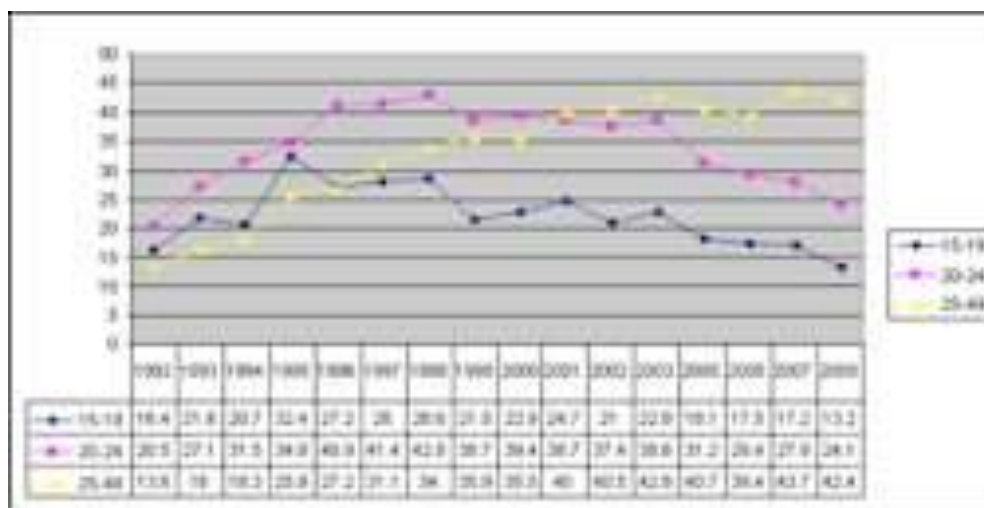


Figure 3. Séroprévalence des femmes enceintes au Botswana (1992 à 2009).

Source : Botswana Sentinel Surveillance 2009

Les explications apportées à la rapidité de la propagation du VIH au Botswana

La rapidité de la propagation du VIH au Botswana, illustrée par le graphique ci-dessus, a dès le milieu des années 1990, été commentée avec stupeur, mais peu d'explications convaincantes ont pu être apportées. Les analyses les plus courantes ont privilégié le prisme de la culture et des comportements sexuels notamment le fait que le sida ait été assimilé à une punition liée à des tabous sexuels (Ingstad 1990; Macdonald 1996; Rakelmann 2001). D'autres auteurs ont insisté sur la disparition des rites d'initiation des adolescents et la perte de repères éducatifs sur la sexualité ainsi que sur l'âge précoce des jeunes femmes lors de leur première grossesse, liée à une pression sociale pour prouver sa fertilité avant le mariage. Plusieurs études de type « comportements, attitudes et croyances » menées auprès des jeunes (notamment à l'université du Botswana) insistent aussi sur le rôle de la consommation d'alcool⁹⁶ dans la survenue de comportements sexuels irresponsables, les relations entre jeunes femmes et des hommes plus âgés (*suggar daddies*) : des caractéristiques qui ont été largement mises en évidence dans le reste de l'Afrique et qui mettent en relation le statut des femmes, le sexe transactionnel, la pauvreté et la violence sexuelle (Chilisa 2001). Les facteurs

⁹⁴ Botswana Second Generation HIV/AIDS Surveillance.

⁹⁵ Rapport du PNUD Botswana 2000 « Towards an AIDS Free Generation », p. 52.

⁹⁶ Pour une étude anthropologique sur la consommation d'alcool au Botswana, en lien avec les enjeux de construction de la masculinité, voir les travaux de David Suggs (1996; 2001).

comportementaux, comme pour l'ensemble du continent africain ont été surévalués au détriment des facteurs relevant des inégalités économiques et sociales. Surtout, comme le rappelle D. Fassin, cette interprétation privilégiant les hypothèses comportementalistes et souvent culturalistes « est encore plus inadéquate dans le cas de l'Afrique australe » (Fassin 2000a, 106). L'Afrique australe partage des caractéristiques similaires : étudiées en Namibie et en Afrique du Sud, la sortie de l'apartheid dans l'ensemble de la région, les pays connaissent historiquement de fortes migrations intra-nationales et internationales particulièrement en lien avec le régime d'apartheid et le système du travail minier qui ont facilité la propagation du VIH.

Les facteurs d'ordre sociohistorique et d'ordre économique et politique jouèrent un rôle prépondérant. Ces éléments ont été mis en évidence en particulier le rôle des migrations de travail et des migrations internes (Ingstad 1990; Letamo et Bainame 1997; Datta 1998; Stegling 2000). Le Botswana présente sur le plan épidémiologique une forte similarité avec les pays d'Afrique australe : une épidémie d'emblée généralisée à l'ensemble de la population et dont la diffusion a été facilitée par une économie minière et une économie politique du travail migrant. Les travailleurs botswanais se déplacent beaucoup à l'intérieur du pays pour des raisons professionnelles et familiales, également à l'extérieur, en Afrique du Sud ou au Nord, vers le Zimbabwe et la Zambie. Ces caractéristiques des migrations de travail expliquent du reste que les régions et les villes minières du Botswana aient été les plus touchées (Selibe-Phikwe, Jwaneng) ainsi que la région Nord-Est autour de la ville de Francistown qui constitue un carrefour entre le Botswana, la Zambie, le Zimbabwe et l'Afrique du Sud. Comme ses voisins, le Botswana est un pays marqué par de très fortes disparités dans la distribution des richesses. Ces inégalités ne s'expliquent pas par une histoire de ségrégation raciale comme pour l'Afrique du Sud, la Namibie (ex Sud-Ouest africain) ou le Zimbabwe (ex Rhodésie du Sud) mais par un processus de développement qui bénéficia à une élite économique (propriétaires de bétail, commerçants et politique (bureaucratie) au détriment de la majorité de la population.

Une autre caractéristique d'ordre virologique doit être mentionnée (et sera présentée plus longuement dans le chapitre 4) : le sous-type du virus prévalent dans les pays d'Afrique australe est le VIH 1-C qui s'avère être plus pathogène et plus virulent : il se transmet un peu plus facilement que le VIH 1-B qui est le plus répandu (en Europe et en Amérique du Nord). Cette hypothèse liée aux caractéristiques du virus ne peut être négligée. L'exemple sénégalais en fournit dès 1985 une illustration avec la découverte du VIH 2, un virus moins pathogène qui explique largement que l'épidémie soit demeurée à des niveaux très bas tout au long des années 1980-1990.

Section 2. D'une menace envers le « développement » à la déclaration d'urgence nationale: ajustements politiques et institutionnels face au sida dans les années 1990.

Bien que le sida soit présent dès 1986 dans les services hospitaliers et de façon croissante les années suivantes, le gouvernement botswanais demeurait comme l'ensemble des États africains dans une position de latence caractérisée par des programmes de prévention et la mise en place de comités nationaux de lutte contre le sida (Eboko et Chabrol 2005). La reconnaissance de l'épidémie de VIH/sida au Botswana se structura de façon semblable à d'autres pays africains. Les responsables de santé publique mirent en œuvre dès 1986-1987 une série d'instruments de lutte contre le sida tels qu'ils se pratiquent dans les États occidentaux à la même époque et tels qu'ils sont élaborés par l'OMS à destination des États africains. Face à un enjeu sanitaire qui est réduit à une affaire de comportements, les politiques de lutte contre le sida dont les normes et objectifs sont élaborés par les organisations internationales (*Global Program on AIDS* de l'OMS, Banque mondiale puis Onusida) visaient le contrôle épidémique par des politiques de prévention.

Ce processus d'ajustement institutionnel et politique donne à voir des institutions nationales fortement mobilisées et compétentes dans l'évaluation de l'impact du sida et la formulation de priorités politiques. Dans ce processus le rôle du chef d'État fut déterminant, jusqu'à la double déclaration en 2000 d'une urgence nationale et de la promesse de l'accès aux médicaments antirétroviraux.

L'institutionnalisation de la lutte contre le sida

La période d'institutionnalisation de la lutte contre le sida correspond aux mesures engagées par le gouvernement, en coopération avec les organisations comme l'OMS puis l'ONUSIDA, afin d'adapter sa politique de santé à cette nouvelle épidémie, puis à procurer des soins aux malades. En période d'impuissance thérapeutique, l'institutionnalisation comprit en premier lieu des mesures de contrôle de la diffusion du virus (sécurisation des transfusions en particulier); l'adoption d'une approche multisectorielle puis la mobilisation communautaire et les soins à domicile.

Des mesures de contrôle et le programme à moyen terme 1986-1997

La première initiative gouvernementale d'envergure face à l'épidémie de sida date de 1986-1987, lorsque la première campagne nationale d'information sur le VIH/sida est lancée dans l'ensemble du pays⁹⁷ dans le cadre du Premier Plan à court terme (*Short Term Plan* ou STP) pour la

⁹⁷ Voir à ce sujet l'article de Bénédicte Ingstad (1990), qui a été une observatrice privilégiée de cette campagne en 1989 et a écrit les premières analyses (enquêtes de terrain) sur les interprétations locales de la maladie, en particulier parmi les guérisseurs traditionnels.

période 1987-1988. Cette première réponse, considérée comme "minimale" (dans les projets suivants) fut placée sous la direction de l'Unité épidémiologique du ministère de la Santé. C'est à ce moment que l'OMS a apporté son assistance (sur demande du gouvernement) pour développer le Programme National de Contrôle du sida (*National AIDS Control Program*) en 1987. Le plan établi par le NACP se limitait à l'examen du sang et des produits sanguins et la fourniture de seringues jetables par les services nationaux de santé. Ces actions ont été jugées sinon inefficaces du moins insuffisantes au regard de la rapidité de la propagation de l'épidémie, déjà sensible au début des années 1990.

Le Premier Plan de Moyen Terme (MTP I) adopté pour la période 1989-1993 vise à renforcer la surveillance épidémiologique et la gestion du diagnostic et des mesures de contrôle ainsi qu'à prévenir plus activement la transmission sexuelle du VIH. En 1992 plusieurs structures importantes sont mises en place pour faciliter une surveillance accrue de la progression de l'épidémie : au niveau institutionnel, l'unité SIDA/MST au sein du ministère de la Santé (*AIDS/STD Unit*) et à un niveau plus technique : le rapport automatique des nouveaux cas de VIH/sida détectés ("*routine reporting*") permet d'établir des statistiques jugées fiables. C'est le principe qui va guider aussi la mise en œuvre de la surveillance "sentinelle" (femmes enceintes) en 1992 également⁹⁸.

La vigilance des premières années correspondait à la mise en conformité avec les normes internationales. Ce mouvement s'est accompli aisément car le Botswana disposait d'infrastructures sanitaires suffisantes pour gérer ces changements (accueil des patients mais aussi rapport des nouveaux cas et détection du virus parmi les femmes enceintes). L'évaluation du MTP I et la progression alarmante des taux de séroprévalence conduit cependant les responsables politiques à engager une révision et une expansion de la politique de lutte contre le sida. La première "Politique Nationale sur le sida" (*National AIDS Policy*)⁹⁹ adoptée par directive présidentielle a été le premier pas vers une approche de l'épidémie de sida qui ne soit plus le fait d'actions médicales et sanitaires localisées.

L'approche multisectorielle 1997 - 2002

Le VIH/sida fut pris en charge par le ministère de la Santé, mais d'autres secteurs furent appelés à prendre en charge différents aspects de la lutte contre le sida¹⁰⁰ conduisant à l'adoption de l'approche multisectorielle, telle que préconisée par les organisations internationales, concomitante avec la naissance d'ONUSIDA en 1996. Dès 1997 en effet, le VIH/sida est qualifié de "menace majeure au développement économique et social du pays, menace envers les accomplissements du passé dans ces domaines" lors d'une conférence qui se tient à Gaborone¹⁰¹. Le Second Plan à Moyen Terme (MPT II, 1997-2002) reposait sur cette évaluation de l'ensemble des conséquences du

⁹⁸ BIDPA, 2004, p. 10.

⁹⁹ Pour plus de détails voir « AIDS update », december 1993.

¹⁰⁰ Botswana Medium Term Plan II, 1997-2002, p. 25-26.

¹⁰¹ Mulwa, J., "Overview of HIV/AIDS in Botswana", National Conference on HIV/AIDS in Botswana, ministère de la Santé, 6-9 août 1997, p. 45.

VIH/sida, au moment où les médicaments antirétroviraux devenaient accessibles dans les pays du Nord.

L'approche mutisectorielle est entérinée en 1998¹⁰² avec la révision de la première "Politique Nationale sur le VIH/sida" formulée en 1992¹⁰³. Ce document d'orientation politique guide l'action publique dans le domaine du VIH/sida et décrit le rôle respectif de chacun des acteurs dans le cadre de la réponse nationale. Le Bureau du Président se voyait conférer la responsabilité de « leadership politique » pour s'assurer que tous les secteurs soient mobilisés : tous les ministères, le département de l'information et de la communication, les entreprises privées, les ONG et associations communautaires. Cette nouvelle approche multisectorielle était également soutenue au plus haut niveau avec la création du *National AIDS Council* (NAC), chargé de conseiller le gouvernement sur les questions liées à la politique nationale contre le sida. Le Conseil se réunit périodiquement pour débattre des grandes orientations de la politique publique. Il est dirigé par le président de la République et composé des ministres concernés ainsi que des représentants du milieu économique et associatif.

En tous points, le gouvernement et ses institutions se conformaient aux recommandations de l'OMS et son Global Program on AIDS (GPA) puis celles de l'ONUSIDA. La création en 1999, de l'agence de coordination (*National AIDS Coordinating Agency*, NACA) est une autre étape de la mise en conformité de la lutte contre le sida avec les normes internationales. Alors que les États africains n'ont pas encore accès aux médicaments, en revanche, ils ont engagé dans un processus de bureaucratisation de la lutte contre le sida depuis le début de la décennie 1990. L'organisation de la lutte contre le sida autour de Programmes nationaux de lutte contre le sida (PNLS) est caractérisée plutôt par l'adaptation des bureaucraties aux recommandations internationales. La progression du sida exigeait cependant une adaptation du système de santé notamment pour les soins à domicile.

Soins à domicile et mobilisation communautaire

L'approche multisectorielle renforça le rôle des institutions locales dans la lutte contre le sida. Le MTP II créa des Comités multisectoriels de District (DMSAC), qui dépendent du ministère du gouvernement local (MLG qui est aussi responsable de toutes les structures sanitaires hors hôpitaux). L'échelon local est aussi mobilisé pour contribuer aux programmes de soins à domicile qui sont mis en place à partir de 1996. Le concept de *Home Base Care* est étudié dès 1992 alors que le système public hospitalier peine à répondre à toutes les demandes de soin en lien avec les infections VIH. Après une étude pilote réalisée en 1995 à Tutume et à Molepolole, la politique de *Home Base Care* est adoptée, financée par le ministère du Gouvernement Local. Le ministère de la santé mis tôt en œuvre un programme de prise en charge des orphelins dont l'un ou les deux parents sont décédés à cause du sida. L'épidémie de sida à la fin des années 1990 a contraint l'État à s'engager dans des programmes coûteux qui reposaient sur la mobilisation communautaire et le volontariat.

¹⁰² Source: Revised Botswana National Policy on HIV/AIDS; AIDS/STD Unit 1998, ministry of Health.

¹⁰³ Botswana National Policy on HIV/AIDS, approuvée et adoptée par le gouvernement par directive présidentielle CAB:35/93 datée du 17 novembre 1993.

Le réseau associatif se trouva en première ligne de la réponse face au sida pour apporter des solutions aux multiples problèmes qui se posaient aux malades du sida. Des associations sont créées au début des années 1990 comme BONEPWA¹⁰⁴ réseau Botswanais de personnes vivant avec le VIH, BONASO¹⁰⁵, réseau botswanais d'associations de lutte contre le sida et BONELA réseau de personnes et de collectifs sur les enjeux éthiques et juridiques¹⁰⁶. Ce tissu associatif rencontra deux principaux problèmes.

Le premier était d'ordre financier. BONEPWA par exemple, fondée en 1995, n'a été opérationnelle qu'en octobre 2000 et ne fonctionne qu'avec des subventions gouvernementales ce qui affaiblit sa capacité critique. Ces associations ont très peu de ressources. En raison des résultats économiques enregistrés par le pays dans les années 1980, la plupart des bailleurs de fonds se sont retirés et les ONG locales n'ont plus bénéficié (ou en faible quantité) de financements de la part des bailleurs.

Le second problème concerne l'absence de mécanisme solide de coordination et de dialogue avec le gouvernement. Les associations se sont historiquement peu développées comme contre poids aux institutions gouvernementales (« société civile »). Les universitaires au Botswana ne s'entendent pas sur cette question. Tandis que pour J. Holm et P. Molutsi (1990), la faiblesse de la société civile est la principale limite au modèle botswanais, pour B. Tsie (1996), il faut revoir cette affirmation car dans de nombreux domaines les communautés savent faire entendre leur voix, notamment dans le cadre d'une pratique du consensus et de la concertation qui ne valorise pas le conflit mais peut engendrer des avancées (syndicats, associations de femmes).

Au milieu des années 1990, les soignants n'avaient aucun moyen pour traiter les malades du sida en dehors des soins palliatifs. Les hôpitaux commencèrent à être débordés. Au moment où les médicaments antirétroviraux devenaient disponibles dans les pays occidentaux, les pays africains assistaient au dépérissement progressif de l'ensemble des structures sociales et économiques. L'évaluation des conséquences de l'épidémie sur les secteurs (sanitaire, éducatif, économique) par des instituts et organismes internationaux fut d'autant plus cruelle qu'elles se multipliaient au moment où les médicaments étaient disponibles au Nord (à partir de 1996). Comment réagit, dans ce contexte, un gouvernement à qui l'on prédit la chute de l'espérance de vie, la perte des « gains de développement » voire sa « disparition de la carte » ? L'évaluation de l'impact du sida dans l'industrie minière et dans le secteur de l'éducation va entraîner la mise sur l'agenda d'un traitement politique du sida.

Comme dans la plupart des pays africains, la lutte contre le sida fait l'objet d'une mise en conformité institutionnelle, avec une approche multisectorielle et une agence de coordination. Le sida n'entre cependant pas dans l'espace public et ne fait pas l'objet d'une politisation (Fassin 1994; Gruénais et al. 1999), qui a défaut de se faire par le haut se ferait par le bas, portée par des

¹⁰⁴ Botswana Network of People Living with HIV/AIDS.

¹⁰⁵ Botswana Network of HIV/AIDS Associations.

¹⁰⁶ Botswana Network of Ethics, Law and HIV/AIDS.

associations (comme ce fut par exemple le cas en Ouganda avec la TASO (*The AIDS Support Organisation*) créée tôt, en 1987 et qui contribua à une mobilisation communautaire intense.

Le développement menacé

Le gouvernement s'est tôt octroyé un rôle clé dans la planification du développement à partir de l'extraction, de l'exploitation et de l'exportation de ressources naturelles. Cette mainmise étatique sur les politiques de développement dès les premières heures de l'indépendance est le fait d'une élite politique et bureaucratique qui a géré les revenus tirés de la production et de l'exportation de bœuf puis de l'extraction minière et les a réinvestis dans une série de politiques de développement et de politiques sociales alignées sur des objectifs et une base idéologiques ?

Pour mener à bien sa politique de développement, en plus des fonds de coopération d'organismes internationaux, l'État a eu recours à des capitaux étrangers privés. Le gouvernement a joué un « rôle de chef de file » du secteur privé dans le développement économique en établissant des « partenariats avec le secteur privé et avec des compagnies étrangères. Plutôt que de nationaliser les entreprises, le Botswana s'est efforcé d'attirer des investissements privés étrangers, le cas échéant en créant des entreprises conjointes » (Duncan, Jefferis, et Molutsi 1997, 18-19). Au lendemain de l'indépendance, dès qu'il s'est avéré que le sous-sol possédait des ressources minières, le jeune gouvernement a lancé un appel pour l'exploration de son sous-sol et des compagnies ont découvert du cuivre et du nickel puis des diamants. Le gouvernement du Botswana a conclu avec l'entreprise sud-africaine De Beers un partenariat en 1969 pour la création de Debswana qui est devenue l'entreprise phare du développement national. A ce moment le gouvernement ne reçoit que 15% des bénéfices de l'exploitation. Petit à petit le gouvernement est parvenu à négocier une augmentation jusqu'à ce rééquilibrage en 1978 qui lui a permis de percevoir 50% des revenus issus de l'extraction des diamants. Les ressources dégagées par cette « joint venture » par l'exportation des diamants ont alimenté de façon continue les recettes de l'État. Cette augmentation du budget de l'État a alors été investie dans des programmes d'éducation et le système de santé (Duncan, Jefferis, et Molutsi 1997). Jusqu'à aujourd'hui cette capacité des dirigeants politiques à négocier des accords économiques et commerciaux et à sécuriser l'investissement étranger permet au gouvernement de demeurer un acteur prééminent dans la décision politique et la mise en œuvre des politiques.

L'industrie du diamant et l'économie nationale affaiblie par le sida

L'exportation de diamants bruts représente la principale source de revenus de l'État botswanais et est exploitée dans le cadre de « Debswana ». L'entreprise Debswana, « fleuron » de l'industrie minière est une propriété à part égale du gouvernement du Botswana et de la compagnie De Beers (elle même appartenant pour 45% au groupe Anglo-American). À la fin des années 1990, l'entreprise contribua pour 33% du PNB, pour 65% des revenus gouvernementaux et 70% des recettes en devises. Or, dès le milieu des années 1990, les répercussions du VIH en termes de mortalité se font ressentir dans l'industrie minière. Une étude menée dans cette entreprise a montré une forte hausse de la morbidité et de la mortalité liées au VIH/sida : de 37,5% des décès en 1996 à 59% en 1999 (Barnett et Whiteside 2006, 263-264). Cela a conduit les dirigeants de cette entreprise à dépister dans un

premier temps les 6000 employés. Lorsqu'ils ont découvert qu'un tiers des employés entre 24 et 40 ans étaient séropositifs, ils ont réalisé qu'ils devaient « agir rapidement car les diamants sont la fondation de notre économie » (Tsetsele Fantan, directrice du programme pour Debswana) et ont décidé de délivrer gratuitement des traitements pour tous les employés et leur famille. Le programme de traitement y a été mis en place trois ans avant le programme national¹⁰⁷.

Le traitement des travailleurs africains dans des compagnies multinationales contrastait avec l'impuissance des politiques de coopération « traditionnelles » bilatérales ou multilatérales à proposer des solutions aux pays plus pauvres en termes d'accès aux traitements. En plus des réticences de responsables internationaux pour généraliser de tels traitements dans des systèmes de santé déliquescents au risque de faciliter le développement des résistances aux ARV, les médicaments étaient très chers et les compagnies pharmaceutiques refusaient de baisser leurs prix. Dans ce contexte, le secteur privé démontra une capacité d'action qui ne relevait pas du registre humanitaire mais d'un calcul économique. Cette politique de « responsabilité sociale » (« corporate responsibility ») tenait au fait que l'impact économique des décès de travailleurs avait été mesuré et l'évaluation du coût du traitement des employés et de leur famille s'était avérée moins élevée que celui du remplacement des travailleurs décédés, de leur formation, etc. Le même objectif avait conduit l'entreprise Alucam au Cameroun (filiale de l'entreprise française Pechiney) à proposer des traitements à ses employés. Ni du seul registre de l'humanitaire-compassionnel, ni exclusivement calcul économique rationnel, ces initiatives illustraient les failles de la prise en charge du sida par les systèmes de santé publics en Afrique et les mécanismes de coopération internationale.

La conscience d'une atteinte sévère au tissu productif national concourra à un mouvement très dense de modélisation économique de l'impact du VIH sur les structures productives et la macroéconomie. Le Botswana Institute for Development Analysis (BIDPA), un institut de recherche « parapublic » influent au niveau du processus de décision s'investit dans la réflexion sur l'impact du sida. En 1996 une première étude fut commandée¹⁰⁸ qui inaugura une série de travaux de recherche dans le cadre d'un programme spécifique du BIDPA mené par un consultant anglais sur l'impact économique et macroéconomique du sida au Botswana (Greener, Jefferis, et Siphambe 2000a; 2000b). Les recherches issues de ce programme furent présentées au gouvernement et dans des conférences internationales participant à la production des connaissances sur l'impact du VIH en Afrique et à sa diffusion au monde entier¹⁰⁹. Le Botswana produisait des connaissances sur les menaces que l'épidémie faisait peser sur son développement économique et conceptualisait son propre risque de disparition.

Autour des années 2000, le gouvernement botswanais disposait d'une diversité de rapports d'impact et de projections dont le schéma de modélisation économique et les données

¹⁰⁷ Voir « The Private Sector Responds to the Epidemic: Debswana a global benchmark », UNAIDS Case Study, 2002. Mme Tsetsele Fantan qui sera ensuite à la tête de ACHAP

¹⁰⁸ Per Granberg, « A study of the potential effects of AIDS », BIDPA Working paper, No 2, mars 1996

¹⁰⁹ Greener R, Jefferis K, Siphambe H; International Conference on AIDS. Int Conf AIDS. 2000 Jul 9-14; 13 (abstract).

(démographiques, économiques, etc.) étaient identiques et tout aussi accablants, qu'ils proviennent de la Banque Mondiale (2000), du FMI (2001) ou de consultants sud-africains (Abt consultants). D'ailleurs, le rapport du FMI par exemple utilisait les données du BIDPA (2000), du Centre de Statistique Botswanais (CSO) et d'une étude réalisée par Abt consultant sur l'impact démographique du sida au Botswana publié en août 2000. Tous ces rapports insistaient sur la baisse du revenu des foyers, l'augmentation des dépenses de santé, du coût des soins et des enterrements, la baisse du revenu familial lié à une perte de la productivité ou liée à la perte d'un membre de la famille. La maladie menaçait la force de travail, emportait les compétences et l'expérience et entraînait une modification de la structure du marché du travail dont la force de travail rajeunissait, devenait moins expérimentée et moins formée. Toute une série de conséquences (familiales, sociales, économiques, en plus de l'impact sanitaire) furent mises en évidence et conduisirent à des conclusions et prévisions en termes de coût en allant jusqu'à prédire le nécessaire recours renforcé à une main d'œuvre étrangère, pas uniquement dans le secteur de la santé. Ce dernier élément aurait aggravé de la dépendance envers l'extérieur, une question sensible au Botswana que j'étudierai dans la troisième partie de la thèse.

Face à ces évaluations et projections catastrophiques, les plus hautes autorités de l'État se mobilisèrent. Fin novembre 1999 à Gaborone, en présence de l'ensemble des partenaires techniques, lors du lancement officiel du rapport du PNUD 2000, le président Festus Mogae avait lancé un appel formulé de la sorte : « ce n'est pas le moment de nous quitter »¹¹⁰. La lutte contre l'épidémie de l'infection à VIH révéla le paradoxe du « développement » : alors que les organismes internationaux et les responsables mondiaux mettent l'accent sur les menaces de développement, l'État n'est pas en mesure de prendre soin de sa population en lui donnant des médicaments. Ces menaces envers le développement concernaient notamment la baisse des revenus nationaux, la chute des gains en termes de consommation, de « style de vie » qu'illustre cette photographie issue du rapport du PNUD 2000 (intitulé « Vers une génération sans sida »). Le caddie bien rempli dans un supermarché à l'occidentale, où les prix sont bien affichés et respectés (non négociables), les écrans au dessus des caisses bien alignées, une dame en t-shirt et pantalon en jean se dirige vers la sortie : autant de symboles d'une société qui considère ses propres réalisations en termes de développement, dont les membres peuvent consommer, etc. La phrase en légende affirme : « l'enjeu du futur est de préserver les gains de développement enregistrés ».

¹¹⁰ Retranscription d'entretien avec P. Stegman, NACA, Gaborone, 27/10/2008.



Figure 4. Photo extraite du rapport du PNUD (2000)

Source : Photographie publiée p. 50 du Rapport du Programme des Nations Unies pour le Développement, 2000.

Au moment où l'attention internationale se concentre sur l'impact multidimensionnel de l'épidémie de sida en Afrique qui va concourir à un mouvement de sécurisation au niveau national et international, les institutions nationales produisent des informations sur ces menaces envers l'ordre démographique, économique et social. Cette lecture de l'épidémie de sida comme un problème ou obstacle au développement a eu tendance à accabler la plupart des États africains lorsqu'ils étaient dépossédés des moyens institutionnels, politiques, symboliques (en plus de l'impuissance thérapeutique) pour lutter efficacement contre sa propagation. Au Botswana, les élites administratives et politiques ont activement participé à ces évaluations et entendaient agir en conséquence. Du reste, ces informations coïncidaient avec une confrontation directe et indirecte à la maladie dont toute la population faisait l'expérience, comme l'illustre le secteur de l'éducation.

Le secteur de l'éducation en danger

Les étudiants, c'est-à-dire la future force de travail qualifiée, ont été touchés par le VIH et mourraient du sida. Ces informations coïncidaient avec la multiplication des enquêtes de comportement menées précisément parmi cette population. A l'Université du Botswana (UB) les chercheurs tentaient de rendre compte de l'ampleur du problème dans leur enceinte par des enquêtes, séminaires, et publications. La publication des décès d'étudiants liés au sida est apparue dans le courant de la décennie 1990 : entre 1991 et 1999, environ 2% des étudiants mourraient

chaque année à l'UB, la plupart d'entre eux dus à des maladies relatives au sida¹¹¹. Ces données d'enquêtes et d'études ont constitué autant d'éléments que le gouvernement a pris au sérieux. Le décès d'étudiants représentait du reste un coût économique car ces étudiants étaient pris en charge par le gouvernement durant toute leur scolarité (bourses d'étude). Les autorités nationales envisageaient d'ailleurs le coût lié au "non retour sur investissement" déploré par le président Festus Mogae dans un entretien en 2003:

Nous perdons trop de gens, et nous perdons les gens que nous avons formé à l'étranger à grands frais. Nous avons environ 800 étudiants en Grande-Bretagne, un nombre comparable aux États-Unis et en Australie, et environ 5000 étudiants en Afrique du Sud. Nous payons pour tous leurs frais. Quand ces personnes meurent, non seulement nous perdons notre famille et nos amis mais c'est également l'ensemble de l'économie botswanaise qui souffre de ces pertes¹¹².

Le président de la République fait référence aux étudiants malades qu'il a fallu rapatrier de l'étranger, le coût du rapatriement ayant été assumé par le gouvernement¹¹³. L'argument du coût est pragmatiquement mis en avant ici par le président d'un pays qui se dépeint comment ayant besoin d'aide et d'une coopération internationale renforcée. La citation donne à voir à la fois l'État développementaliste (planification étatique du développement dans lequel l'éducation occupe une place centrale) et l'État social (qui octroie des droits, notamment le droit à l'éducation gratuite, y compris dans le cadre de bourse aux mérites pour des études à l'étranger). Le président Festus Mogae utilise plusieurs registres dans ses prises de parole sur le sida qui illustrent les formes du pouvoir qu'il représente et la superposition entre le pouvoir pastoral (le berger guidant le troupeau) et la biopolitique (la politique des populations). Dans l'extrait ci-dessus F. Mogae mentionnait « l'ensemble de l'économie botswanaise qui souffre de ces pertes » (biopolitique) et dans les citations ci-dessous, il se décrivait comme un homme pleurant ses proches :

Je suis rempli de chagrin et de désespoir à mesure que je vois mes concitoyens mourir;

La pandémie est une menace envers notre existence. Nos politiques, traitements et stratégies doivent être influencés par ce qui se passe sur le terrain. Il n'y a pas de remède mais la propagation du sida est largement imputable à notre autosatisfaction ;

Nous les vieux vivront, tandis que les jeunes mourront. Les gains sociaux que le Botswana a enregistrés grâce à sa prudente gestion vont reculer

L'espérance de vie qui était de 69 ans est désormais tombée à 45¹¹⁴

L'émotion est palpable lorsque le président s'adresse à ses compatriotes. Comment donner du sens à un problème de santé qui est en train de remettre en cause les cadres d'interprétation politiques? Comment rendre compréhensible le fait d'enterrer les étudiants au lieu d'enterrer leurs grands parents? Le président Festus Mogae incarna la souffrance sociale et économique en affirmant

¹¹¹ Chilisa, 2001: 199.

¹¹² Entretien avec Festus Moage publié dans "Courrier UE-ACP", mai-juin 2003.

¹¹³ "It's costly to return sick students home", *Botswana Daily News*, 31 mai 2000, un article de presse sur les étudiants botswanais à l'étranger qui sont rapatriés pour être soignés au Botswana. Cet article évoque également le cas d'étudiants rapatriés après leur décès, pour être enterrés au Botswana.

¹¹⁴ Toutes ces citations de discours proviennent d'un article de presse rédigé par Baxter, B., 'AIDS threatens our existence', *Mmegi*, 18-24 février 2000.

la mortalité liée au sida comme « intolérable » : à la fois la souffrance de chaque membre touché directement ou indirectement et la souffrance de toute la communauté. Il endossait cet égard une relation personnelle à la maladie à travers la relation avec son peuple tout en désamorçant certaines tensions :

Tandis que les experts s'engagent dans des débats autour du nombre d'années d'espérance de vie que nous avons perdu, on perd de vue le VIH et le sida. Nous continuons à vivre la réalité de cette épidémie. Trop nombreux sont nos compatriotes qui sont malades et nous enterrons nos jeunes, qu'ils soient éduqués ou non, dans des proportions sans précédent. Nous n'avons jamais vécu une situation dans laquelle le taux de mortalité des adultes le plus élevé est parmi les 20-24 ans! Rien de ce que nous avons pu vivre depuis l'indépendance n'a cause autant de souffrance humaine et de mort que le VIH et le sida (Préface au Rapport du PNUD sur le développement Humain au Botswana, UNHDR, 2000: V).

Dans la préface au Rapport sur le développement humain du PNUD (2000), la tonalité illustre ce profond désarroi du pasteur responsable qui s'interroge sur la conduite de son troupeau menacé en période de déstabilisation de l'ordre social. Tout en reconnaissant l'ampleur de l'impact du sida tel que le mesurait le PNUD, le président soulignait le paradoxe d'une communauté internationale qui évaluait l'impact dans tous les secteurs, sans pour autant proposer des mesures efficaces de lutte. Il faisait explicitement référence à l'espérance de vie qui fut pendant quelques temps l'objet de tensions.

L'évaluation épidémiologique et démographique : une question politique sensible

Entre le milieu et la fin des années 1990, le développement rapide de l'épidémie fit l'objet de tensions entre les autorités nationales et les organismes internationaux notamment les agences des Nations Unies dès lors qu'il s'est agi d'en évaluer l'étendue épidémiologique et l'impact démographique.

Plus que les données épidémiologiques, c'est en effet l'évaluation de l'espérance de vie au Botswana par les organismes de coopération internationale qui a été l'objet de tensions épisodiques (surtout en 2000 et 2004) entre les agences de coopération (ONUSIDA) et le gouvernement botswanais. D'après les informations des recensements nationaux de population, l'espérance de vie était de 55.5 ans en 1971 ; de 56.5 ans en 1981 et de 65.3 ans en 1991. Des tensions sont apparues entre le gouvernement et les agences des Nations Unies en raison du chiffre de 35 ans qui a été évoqué et repris dans la presse internationale (mais pas dans les rapports officiels dont les estimations ne sont jamais descendues en dessous de 40 ans). L'espérance de vie est un sujet sensible d'autant plus qu'il vient rompre une courbe ascendante emblématique d'un « progrès » en termes de développement, tels que mesuré dans les rapports du PNUD. Ces mêmes agences qui évaluaient les progrès des pays africains, sanctionnaient le pays en coupant court à cette tendance de progrès de « développement humain » (après l'avoir surclassé dans la catégorie des pays à développement humain moyen, au début de la décennie 1990).

En 2000, dans le Rapport sur le développement Humain au Botswana, le PNUD notait que la mortalité augmentait dans toutes les classes d'âge et qu'un tiers de la population mourrait dans le cours de la prochaine décennie et retenait une estimation de séroprévalence de 36% au niveau

national pour l'année 2000 (le gouvernement l'estimait à 28%¹¹⁵). Dans cette logique, le PNUD affirmait que la chute de l'espérance de vie était estimée à 46.2 ans en 1999 tandis qu'elle aurait été de 68,8 ans sans le VIH. Lors de la conférence internationale sur le sida de Barcelone en juillet 2002, des chiffres dramatiques ont été avancés qui ont indigné les responsables politiques botswanais¹¹⁶. Dans une présentation faite avec des chiffres compilés par l'USAID, il est dit qu'au Botswana, dans la situation actuelle (début des années 2000) : « un enfant né en 2010 en moyenne, mourra avant d'avoir atteint 27 ans »¹¹⁷. Ces déclarations eurent des effets très importants. Relayés dans la presse nationale, elles ont provoqué de vives réactions de la part des responsables de santé publique. La représentante du FNUAP (francophone) que j'avais rencontrée en 2004 évaluait la réaction des autorités gouvernementales avec empathie:

Il y a des oppositions sur des éléments comme l'espérance de vie, l'espérance de vie c'est... on ne peut pas ne pas... le gouvernement a réagi parce qu'il se rend compte lui-même que la réalité est là, mais il fallait quand même tempérer les choses pour ne pas affoler la population, c'est politique... on ne peut pas dire aux gens tout d'un coup que vous êtes 1,7 millions mais dans 10 ans vous serez seulement 900.000. Mais la réalité c'est qu'avec 40% des adultes, même avec les médicaments, les gens vont mourir (...) je serais à leur place... sur un plan politique, ce n'est pas bon de dire aux gens à 40 ans vous êtes morts ou à 50 ans, c'est difficilement acceptable (Notes d'entretien – en français – avec A. Lawson, représentante du FNUAP, Gaborone, 6 août 2004).

Il s'agit effectivement pour le gouvernement botswanais de ne pas affoler la population. Mais il est surtout important de démontrer des capacités nationales d'évaluation et, par la même, de participer à l'élaboration des chiffres et des politiques. La réaction des autorités botswanaises montre d'une part la nécessité pour le pouvoir politique d'affirmer sa responsabilité dans la lutte contre l'épidémie et d'autre part, de travailler à une juste représentation du pays aux yeux de la communauté internationale. Rappelons que la façon dont l'épidémiologie du VIH en Afrique a été construite a mis à l'épreuve des États déjà très affaiblis politiquement et les a souvent précipités dans une attitude de silence sur l'épidémie voire de déni (Dozon et Fassin 1989; Packard et Epstein 1991). La réaction du président Festus Mogae (s'appuyant sur de solides institutions nationales notamment dans le domaine de la statistique) ne relevait ni du registre du silence ni de celui du déni. Elle signifiait la quête d'une collaboration équilibrée avec les organismes internationaux. En vue d'établir cette coopération fructueuse dans la lutte contre l'épidémie, il convenait de s'accorder sur les méthodes d'évaluation de l'épidémie en particulier sur la représentation nationale. Comment les tensions se dénouèrent-elles ?

Depuis le début des années 1990, l'enquête de surveillance épidémiologique sentinelle était conduite chaque année. De façon récurrente, les statisticiens botswanais revendiquèrent d'inclure plus de données sociodémographiques et « comportementales » dans les estimations statistiques¹¹⁸.

¹¹⁵ Botswana Second Medium Term Plan 1997-2002: p. 8.

¹¹⁶ Retranscription d'entretien avec le porte-parole du président de la République, J. Ramsay, Gaborone, 3/8/2004.

¹¹⁷ Article de S. Boseley « le sida fait chuter l'espérance de vie à 27 ans », *The Guardian*, 8 juillet 2002 <http://www.guardian.co.uk/world/2002/jul/08/research.medicalscience> (8/7/11)

¹¹⁸ Voir Population Projections for Botswana 2001-2031 (publié en 2005), p. 13.

Face à l'ONUSIDA, l'argument consista alors à développer comme dans d'autres pays, une enquête de type EPP (*Estimation and Projection Package*) associant les données de surveillance des femmes enceintes et données d'enquête sociodémographique nationale à base communautaire (Stover et al. 2008). Les statisticiens botswanais ont plusieurs fois expliqué que la méthode sentinelle était insuffisante et ne prenait pas en compte les caractéristiques démographiques, géographiques et socio-économiques des personnes correspondant aux prélèvements sanguins, or ces informations devaient permettre de réajuster l'évaluation nationale à la baisse¹¹⁹. Cette contestation a conduit à la mise en œuvre d'une enquête nationale menée par l'agence de coordination NACA, avec le ministère de la santé et l'aide des partenaires internationaux. Cette enquête fut nommée le Botswana AIDS Impact Survey (BAIS), publiée en octobre 2005) mesure la prévalence de l'infection à VIH parmi la population âgée de 18 mois et plus. Pour le BAIS, 61% des personnes interrogées ont accepté le prélèvement de sang pour le dépistage du VIH, donc les résultats sont jugés suffisamment pertinents pour rendre compte de la prévalence du VIH en 2004 (Stover et al. 2008). Depuis l'adoption d'une nouvelle méthode de calcul ne se fondant plus sur une extrapolation à partir de la surveillance sentinelle des femmes enceintes, et depuis l'élaboration du BAIS, sur une initiative gouvernementale, il n'y eut plus de tensions sur les chiffres du sida:

Le BAIS est une enquête de population, réalisée tous les 4 ans, tandis que la surveillance Sentinel c'est plus régulier, pour les femmes enceintes, que l'ONUSIDA avait initiée. Mais l'idée était d'aller plus loin avec des données plus exhaustives, biomédicales et comportementales, des données géographiques et c'était l'idée du gouvernement que l'ONUSIDA soutient, de rassembler plus de données scientifiques, plus représentatives et plus réalistes que les seules données des enquêtes Sentinel » (Notes d'entretien avec le Représentant de l'Onusida, Gaborone, 6/10/2009)

Le BAIS II est venu clore la tension issue de la publication des chiffres de la part des agences onusiennes et aboutit à un rééquilibrage des forces. L'Onusida fut rétablie comme agence de coopération, agence technique venant en appui au gouvernement notamment pour produire cette enquête nationale. Il a fallu pour cela ajuster les représentations épidémiologiques du sida et mettre en évidence des capacités nationales en termes d'administration de la santé publique (épidémiologie, infrastructures sanitaires, experts nationaux). Cette capacité technique et politique s'exerce à travers la volonté de prendre en compte les données réelles, locales, et non des projections, ce à quoi le pays entend contribuer. Le pays met ainsi en exergue sa capacité et sa volonté de produire du sens à partir de ces données nationales. Le porte-parole du président de la République, avec lequel j'ai pu m'entretenir en 2004 relatait une anecdote. Lors des élections présidentielles en Russie en 1996, le candidat opposé au président russe Boris Eltsine avait critiqué la gestion du pays en disant que l'espérance de vie en Russie était passée en dessous de celle du Botswana. Cela avait choqué les responsables politiques à Gaborone, soucieux de ne pas voir le nom du Botswana employé pour montrer l'échec des politiques de développement. Dans le même ordre d'idées, R. Feachem, le premier président du Fonds Mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, nouvellement créé, prophétisait : « le Botswana va être rayé de la carte »¹²⁰. Ces déclarations

¹¹⁹ Notes d'entretien avec Dr Takone, statisticien, université du Botswana, juin 2007.

¹²⁰ Article paru dans *Jeune Afrique* en novembre 2002.

constituèrent de réels motifs d'action pour les dirigeants botswanais.

Le VIH/sida comme urgence nationale et enjeu de sécurité internationale

Tout au long de la décennie 1990 en particulier dans la seconde moitié, l'épidémie de VIH/sida en Afrique est envisagée sous le prisme de son « impact » multidimensionnel sur les sociétés africaines. Une importante production d'informations et d'évaluation est effectuée au tournant du siècle en particulier aux États-Unis où les *think tanks* stratégiques multiplient les analyses et scénarii catastrophiques au sujet de l'impact de l'épidémie de VIH en Afrique. David Gordon du National Intelligence Council formalisa l'existence d'une menace pour la sécurité des États-Unis¹²¹ tandis que d'autres instituts comme la Brookings Institution ou le United States Institute of Peace publièrent également des rapports établissant de fortes corrélations entre le VIH/sida, la sécurité et les conflits en Afrique¹²². De nombreux rapports (National Intelligence Council-CIA 2000; International Institute for Security Studies 2003) et ouvrages « grand public » (Garrett 1994) ainsi que de travaux universitaires (De Waal 2003; Elbe 2002; Ostergard 2002; McInnes 2006) sont publiés sur la menace représentée par le sida et les maladies infectieuses dans les pays africains.

En janvier 2000, pour la première fois, les membres du Conseil de sécurité de l'ONU mirent à l'ordre du jour une question de santé « La situation en Afrique : l'impact du sida sur la paix et la sécurité » et déclarèrent que le sida était en train de devenir « l'enjeu de sécurité numéro un sur le continent africain ». Le diplomate américain Richard Holbrooke¹²³ fut l'intermédiaire décisif entre les autorités américaines et l'ONU en tant qu'ambassadeur américain auprès de l'ONU pour l'adoption d'une telle approche. Il avait fait du continent africain la priorité de son mandat¹²⁴. Le conseil de sécurité fit une simple déclaration n'ayant aucune valeur contraignante mais elle eut cependant eu une valeur symbolique et incitative à la suite de laquelle sera convoquée la session spéciale de l'Assemblée générale de l'ONU sur le sida en juin 2001 qui abouti à la signature d'une Déclaration d'Engagement signée par l'ensemble des États membres de l'ONU¹²⁵.

Le Fonds Mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme a été créé à la suite de

¹²¹ Gordon, D. "The Global Infectious Disease Threat and its Implications for the United States", janvier 2000.

¹²² "AIDS and Violent Conflict in Africa", United States Institute of Peace (USIP), 15 octobre 2001; Barks-Ruggles Erica. "Meeting the global challenge of HIV/AIDS", Brookings Institution, Policy Brief n° 75, avril 2001 ; "HIV/AIDS as a Security Issue", International Crisis Group, Washington, Bruxelles, 19 juin 2001. Pour une synthèse critique, voir: Chabrol (2002).

¹²³ Richard Holbrooke est décédé le 13 décembre 2010 à Washington. Il a été salué par Barak Obama et Bill Clinton comme un « géant de la diplomatie américaine ». Après son mandat à l'ONU, il a été l'émissaire de Bill Clinton en ex-Yougoslavie et celui de Barak Obama en Afghanistan et au Pakistan. La presse internationale a qualifié son action comme étant celle d'un homme qui « a jeté des ponts entre les peuples ».

¹²⁴ Son implication a aussi abouti au vote par le conseil de sécurité le 17 juillet 2000 de la résolution 1308 sur proposition américaine concernant le VIH/sida et les forces armées dans le cadre du maintien de la paix, voir : Chabrol, 2002 : 132.

¹²⁵ A l'issue de la Session Spéciale de l'Assemblée Générale des Nations Unies du 25 au 27 juin 2001, les 189 États membres signèrent une « Déclaration d'Engagement sur le VIH/SIDA » adoptée à l'unanimité dans laquelle ils s'engagent à permettre la réduction de la prévalence du VIH/sida chez les jeunes, dans la population générale, et à favoriser l'accès aux médicaments.

cet élan international l'année suivante. L'Assemblée générale de l'ONU a fourni au président Festus Mogae une tribune pour rendre compte de la crise que connaissait son pays et pour lancer un appel à l'aide internationale. C'est en marge de cette réunion qu'il a prononcé une phrase qui a été maintes fois reprise, par la presse internationale puis par les autorités botswanaises:

Nous sommes menacés d'extinction. La population meurt dans des proportions effrayantes. C'est une crise de très forte magnitude

Contrairement à ce que de nombreux auteurs prennent pour acquis, cette phrase n'a pas été prononcée pendant le discours du président à l'ONU. Elle a été vraisemblablement énoncée lors d'un entretien avec un journaliste en marge de la conférence et a dû être insérée dans une dépêche d'agence de presse car elle a été fortement relayée par la presse internationale. Étant donné qu'elle a ensuite été reprise plusieurs fois par les autorités gouvernementales et institutions botswanaises et qu'elle figure en exergue dans plusieurs rapports nationaux sur le sida, cette incertitude n'ôte rien à son caractère performatif et à son sens politique. Par ailleurs, le président Festus Mogae prononçait devant une large audience internationale un discours qu'il tenait déjà devant ses citoyens comme le montrent ces extraits des discours à la Nation prononcés respectivement à la fin des années 1999 et 2000 :

C'est avec regret que je dois vous annoncer que le VIH/sida travaille contre nos efforts douloureux pour développer ce pays. Le VIH/sida a un effet dévastateur sur notre population et affecte notre performance économique. (...) C'est un désastre national. (...) Nous sommes une nation en guerre contre le VIH/sida (...) Nous sommes face à une menace d'annihilation de notre nation (Discours à la Nation, novembre 1999)¹²⁶

Le VIH/sida est le défi le plus sérieux que notre nation ait connu et une menace à notre existence en tant que peuple (Discours à la Nation, décembre 2000).

L'adoption d'une approche sécuritaire de l'épidémie est cohérente avec l'évolution de l'appréhension des enjeux liés au sida, notamment aux États-Unis. Le discours sécuritaire permet également d'entrevoir la configuration politique et institutionnelle au Botswana.

Le président comme chef suprême

En tant qu'ancien gouverneur de la banque centrale du Botswana, ancien ministre de l'économie et aussi ancien haut responsable du FMI (directeur exécutif pour l'Afrique anglophone), Festus Mogae est sensible à la modélisation économique produite en partie par des organismes avec lesquels ou pour lesquels il a travaillé¹²⁷. Son action se produit au moment où les leaders mondiaux sont en train de transformer le VIH en enjeu de sécurité internationale tout en n'étant pas encore en

¹²⁶ En 2000 et 2001, le président de la République commence son adresse à la nation en parlant du VIH/sida. En 2003 le VIH/sida reprend sa place normale dans le discours (après l'économie, le développement, etc.).

¹²⁷ Festus Mogae, est arrivé au pouvoir en 1998 en succédant automatiquement à Ketumile Masire en tant que vice-président de 1992 à 1998. Dans les années 1980 il avait travaillé au FMI et puis a été ministre des finances et de la planification pour le développement, de 1989 à 1992, l'un des postes les plus importants dans la vie politique botswanaise qui ouvre la voie à la vice-présidence puis à la présidence en vertu du principe de succession automatique. Il suit en cela la trajectoire de son prédécesseur Ketumile Masire qui avant d'être Président était le vice-président du président Seretse Khama et avant cela, le ministre des finances et du développement.

mesure de fournir les moyens techniques et financiers pour une véritable réponse médicale, les responsables internationaux en appelaient au « leadership » des chefs d'État africains (Chabrol 2002). A travers Festus Mogae, le Botswana participe à la construction d'un discours de sécurisation de l'épidémie de sida en Afrique, c'est à dire qu'il contribue au glissement du discours qui consiste à envisager le VIH /sida non plus seulement comme un enjeu de développement mais comme une menace de sécurité¹²⁸.

Lorsque Festus Mogae a été élu au suffrage universel indirect¹²⁹ en 1999 il était d'ores et déjà nommé président de la République fin 1998, en vertu du principe de succession automatique, car il était le vice-président de K. Masire. Son porte-parole J. Ramsay rappelait que dès son arrivée au pouvoir, le président avait pris très au sérieux l'épidémie :

Ce n'était pas seulement lui, mais en tant que président, il incarnait vraiment ce leadership (...) son arrivée au pouvoir [fin 1998- début 1999] a vraiment coïncidé avec la reconnaissance de l'ampleur de la situation. Trois mois après son arrivée au pouvoir, il y eu une réunion du National AIDS Council, et la ministre de la santé Joy Phumaphi a présenté les données de surveillance anténatales :environ 30% à Francistown et Gaborone ; il y a eu choc très net parmi les membres du gouvernement et cela a été un réel tournant (...) le président a été plus que ferme à ce propos en disant : « c'est pour de vrai » (Retranscription d'entretien, J. Ramsay, présidence, Gaborone, 4/9/2004)

Le Président personnifiait la reconnaissance de la réalité épidémiologique et l'adhésion à la modélisation économique de l'épidémie. Il incarnait une adéquation avec une réalité sociale de souffrance éprouvée au niveau social, au niveau du système de santé et de la production nationale. Si son porte parole fait référence à des positions plus modérées autour de lui, il précisera ensuite combien dès ce moment le président a cherché à ne surtout pas faire de la lutte contre le sida un objet de querelles partisans. Le président mit lui-même en garde les parlementaires contre la possibilité de transformer le sida en objet politique, c'est-à-dire d'affrontement politique:

Je suis préoccupé par la tendance de certains hommes politiques à capitaliser sur la maladie. C'est un désastre national qui devrait être au dessus de la politique. (Discours à la Nation, octobre 1999).

Face à une telle menace envers l'ensemble de la société, le président endossa son rôle totalement, jusqu'au personnage de chef de guerre. Lors du lancement de l'Agence Nationale de Coordination sur le SIDA (NACA), le 29 octobre 2000, le président commença ainsi son discours : "Aujourd'hui est un tournant dans la guerre contre le VIH/sida au Botswana. Nous sommes ici pour nous réengager et nous impliquer à 101% dans la guerre". Le discours se terminait par un véritable appel à la mobilisation de tous, sous le slogan "Ntwa e bolotse", "la guerre a commencé". La fin des années 1990 correspond à la problématisation de la crise sanitaire comme une menace nationale qui, en tant que telle, requiert une mobilisation sociale et politique que traduit l'utilisation de la métaphore guerrière. Le président de la République multiplia dès lors les discours et actes symboliques. Il

¹²⁸ L'adoption d'une posture sécuritaire participe aussi d'une modification de la physionomie de la coopération internationale avec l'entrée en scène d'un acteur bilatéral et puissant comme le PEPFAR.

¹²⁹ Selon la Constitution, à l'issue des élections générales, le président de la République est nommé par les membres de l'assemblée nationale. Le président de la République nomme à son tour directement quatre membres de l'Assemblée.

s'engagea à ne plus prononcer aucun discours sans mentionner, d'une manière ou d'une autre la question du sida (entretien avec son secrétaire particulier, Gaborone, août 2004). Il se fit dépister pour le VIH, une opération qui fut filmée et diffusée sur la télévision nationale, en novembre 2005.

La sécurisation de l'épidémie de sida

Dans la théorie de l'école de Copenhague sur la notion de sécurité (Barry Buzan), la sécurisation (en anglais « securitisation ») est un « processus discursif par lequel un problème est présenté comme une menace existentielle requérant des mesures d'urgence et justifiant des actions en dehors des limites normales de la procédure. Ce processus est composé de quatre éléments : un acteur (ici le président), déclarant qu'un objet de référence (ici la population de l'État nation), est menacé dans son existence (extinction) et qui appelle à l'adoption de mesures d'urgence pour contrer cette menace » (Buzan, Waever, et De Wilde 1998, 24-25). Dans cette logique, le discours du président correspond à un mouvement de sécurisation, qui eut des effets symboliques et des conséquences sur le plan institutionnel. En témoigne le retrait du portefeuille du VIH/sida au ministère de la Santé en 2002 au profit du Bureau du président¹³⁰. La sécurisation du sida fournit un cadre d'interprétation politique de la crise sanitaire et va accélérer la mise en place du cadre normatif du traitement médical du VIH. La parole sécuritaire appartient à l'ordre du discours mais a cependant ici un caractère performatif ou promissif selon la théorie du « speech act » (Austin 1978) à savoir qu'elle engage profondément son locuteur.

L'intérêt de la théorie de la sécurisation de l'école de Copenhague est de distinguer le processus de « sécurisation » du processus de « politisation ». La grammaire de la sécurisation insiste sur la survie de l'État, les menaces existentielles envers l'objet de référence, la population, qui consent largement à ce processus. Le mouvement de sécurisation consiste à renvoyer le politique au-delà des règles du jeu de l'affrontement politique, de la consultation, etc. En outre, et comme le remarque notamment Alex de Waal (2006), l'épidémie de sida n'a pas entraîné (encore) de crise politique (à l'exception des controverses en Afrique du Sud).

Cependant, la sécurisation impose une posture critique pour réfléchir aux fondements et implications d'un tel raisonnement en particulier lorsqu'il est repris par des universitaires qui se sont massivement accordés pour envisager le sida comme un enjeu de sécurité (De Waal 2003; Elbe 2005; 2006). L'usage de la prospective et des projections soulignait l'excès de suppositions dans cette construction rhétorique qui s'appuie plus sur des appréhensions (légitimes par ailleurs) que des réalités tangibles (Eboko et Chabrol 2005, 197). En revanche l'adoption de l'approche sécuritaire du sida par les responsables politiques a eu pour effet de renforcer leur légitimité à dominer le champ politique de la lutte contre le sida, ce qui a accru la tendance à la « présidentialisation » de la lutte contre le sida.

¹³⁰ Cela a été notamment critiqué par le député de Palapye qui l'a décrit comme une « énorme erreur » et disant que « ce mouvement tué le leadership au niveau ministériel. C'est seulement le président qui dirige la bataille au niveau politique ».

Le volontarisme étatique botswanais

Le travail réalisé depuis le début des années 2000 par Fred Eboko montre qu'il est heuristique d'analyser les dispositifs de lutte contre le sida en Afrique et de modéliser les réponses des États africains face au sida. Il a étudié des corrélations entre différents facteurs : la configuration et la pratique des institutions nationales, le degré d'institutionnalisation de l'État ; le rôle des associations et la mobilisation communautaire ; le système de santé et le profil épidémiologique (une épidémie cantonnée aux « groupes à risque » ou une épidémie généralisée) ; le rôle des élites biomédicales, etc. La combinaison de ces variables, agencées différemment expliquent les différentes configurations que sont : l'« adhésion passive » aux injonctions internationales qui caractérise la plupart des États africains en l'occurrence le Cameroun, l'« adhésion active » marquée par le rôle prépondérant des responsables médicaux et gouvernementaux comme dans le cas du Sénégal (rassemblant l'ensemble des composantes sociales et politiques, des élites aux religieux), enfin la « dissidence active » représentée par l'Afrique du Sud du président Mbeki et les controverses sur le sida (Fassin 2002; Fassin 2003a). Les modèles de F. Eboko révèlent des similarités dans les dispositifs (autour des programmes nationaux de lutte contre le sida, de la présidentialisation de la lutte contre le sida et de sa relative « dépolitisation ») mais également des singularités (dans le lien entre les situations épidémiologiques, le rôle de la mobilisation communautaire ou des élites biomédicales par exemple). Il tend également à distinguer le caractère passif et actif des États face à l'appropriation des normes internationales. En vue de mettre en évidence la singularité du volontarisme étatique botswanais, ces similarités seront soulignées avant de décrire l'État face au sida : plutôt qu'un « État activiste » tel que proposé par João Biehl dans le cas du Brésil (2004) le Botswana offre la double singularité d'une trajectoire développementaliste et d'un État bienfaisant.

Présidentialisation de la lutte contre le sida, présidentialisme du régime

Lorsque survint l'épidémie de sida, les États africains étaient diversement préparés à la crise sanitaire et aux ajustements politiques et institutionnels nécessaires afin de mettre en œuvre les politiques de lutte contre le sida. En accord avec les recommandations de l'OMS, ils mirent en place des politiques de prévention, d'information et de surveillance épidémiologique, institutionnalisées dans le cadre de Programmes nationaux de lutte contre le sida (PNLS) souvent financés en grande partie par la coopération internationale. Avec les programmes nationaux de lutte contre le sida, l'emphase fut mise sur l'organisation administrative, l'appel au leadership des chefs d'État, etc. La plupart des gouvernements étaient sommés de procéder à une bureaucratisation du dispositif de lutte contre le sida, un processus qui eut souvent du mal à être effectif dans un contexte marqué par une « désétatisation » telle qu'induite par les plans d'ajustement structurels du FMI et de la Banque mondiale.

La création de l'ONUSIDA en 1996 accompagna l'exigence d'une politique de lutte contre le sida multisectorielle et coordonnée au plus haut niveau de l'État et inaugure une demande de « leadership » face au sida en Afrique. Les responsables internationaux comme Peter Piot, directeur de l'ONUSIDA en appelèrent à ce *leadership* politique, un engagement politique des chefs d'État qu'ils

assimilaient à une reconnaissance politique de l'ampleur de l'épidémie. En répondant à cette injonction, les chefs d'États africains considéraient l'épidémie comme une priorité nationale, formalisaient l'existence d'une menace.

A défaut d'être présent dans l'espace public (Fassin 1994) dans les années 1980 et 1990, à quelques exceptions près, le sida devint sinon une affaire d'État, une affaire de chefs d'État (Gruénais et al. 1999) et le Botswana ne fit pas exception. Les exemples de l'Ouganda et du Sénégal étaient fréquemment convoqués dans les discours de responsables mondiaux de la lutte contre le sida comme P. Piot, directeur de l'ONUSIDA pour leur « leadership exemplaire face au sida ». En fait la présidentialisation est devenue la règle en Afrique et s'est accompagnée d'une dépolitisation ou une absence de politisation du sida. A quelques exceptions notables près : celle du tissu associatif en Ouganda avec la TASO très tôt dans l'épidémie, les mobilisations politiques et communautaires en Afrique du Sud (Robins 2004), l'exemple botswanais montre que l'épidémie de sida est entrée dans l'espace des politiques sans être l'objet de débat dans l'espace public (*policies without politics*) comme ce fut le cas de la majorité des pays (Eboko 2005b).

Dans certains cas la présidentialisation du sida en Afrique occultait mal une incapacité politique et institutionnelle tout en se calquant sur une tendance sociopolitique forte des régimes africains postcoloniaux : des organisations politiques dans lesquelles dominait la fonction présidentielle. Le chef d'État incarnait le père de la nation, l'unité nationale, le peuple réunit autour du mot d'ordre – unique lui-aussi – du développement (Bourmaud 1997). Au Botswana ce mouvement de présidentialisation fut en effet cohérent avec la structuration de la vie politique et institutionnelle. Le président de la République est un acteur politique de premier plan au Botswana en vertu de la Constitution sur laquelle s'aligne la vie politique et institutionnelle et les dispositions telles que l'élection du président par l'Assemblée nationale (dont quatre membres sont nommés par le président) qui est la plus critiquée des politistes comme K. Good et I. Tarylor. La pratique de la succession automatique, insérée comme disposition constitutionnelle en 1998, qui exige du Président qu'il nomme son vice-président et se retire avant les élections générales (suffrage indirect), assurant ainsi une légitimité au vice-président devenu président, est tout aussi critiquée. Enfin, la conduite de la politique de lutte contre le sida ne fait pas l'objet de débats politiques, elle est mentionnée dans les débats parlementaires¹³¹ mais ne fait pas l'objet d'affrontements politiques ou idéologiques.

Dans le processus d'émergence de l'action publique face au sida décrit plus haut, le gouvernement botswanais s'appuie sur des institutions nationales afin de formaliser l'existence de la menace plurielle que représente le sida. Cela lui permet à la fois de formuler une réponse politique nationale marquée par la mise en conformité du discours avec les normes internationales et de son adhésion (jusqu'à déclarer une « urgence nationale »). Surtout, en réponse à l'incapacité des mécanismes de coopération politique et sanitaire au Nord à œuvrer à l'accès aux traitements et au moment où les tensions internationales sont à leur comble autour de ces médicaments, marquées notamment par les controverses sud-africaines, le président Mogae lance un appel appuyé à la

¹³¹ Recherches menées dans les archives de l'Assemblée nationale pour mon DEA à Gaborone, en 2004.

communauté internationale et promet l'accès aux médicaments pour la population au début de l'année 2000.

Le Botswana est-il un État « activiste » pour autant, au même titre que le Brésil décrit par João Biehl (2004)? Si l'on suit l'analyse proposée par Joao Biehl, le Brésil peut être considéré comme un État activiste car l'action publique menée contre le sida avait allié un ancrage constitutionnel, visant à garantir des droits aux soins, une politique d'accès aux médicaments dès 1997 et, sur le plan international une action visant à rendre disponibles les médicaments pour les plus grand nombre, notamment les pays plus pauvres.

Le tournant des années 2000 au Botswana dévoile les contours d'un État protecteur marqué par sa trajectoire développementaliste.

La trajectoire développementaliste de l'État

La mobilisation d'un État qui a une trajectoire développementaliste est un État qui a, dès accession à l'indépendance (et dans les quelques années qui l'ont précédée), préparé et élaboré des politiques selon des plans d'investissement. Ce processus a été mené par une élite politique et une bureaucratie compétente et relativement autonome. D'après K. Good et I. Taylor (2005), l'État botswanais peut être considéré comme un « agent entrepreneur » qui a une vision du développement national, s'engage dans l'édification d'institutions afin de produire la croissance économique qui entraînera le développement des autres secteurs. Cependant le concept d'État développementaliste a eu tendance à surestimer le rôle des politiques économiques et d'analyser l'État à l'aune de la croissance économique (notamment dans la suite des travaux de l'économiste Rostow sur les étapes de croissance économique) et encourt un risque tautologique de définir l'État développementaliste par ses résultats.

La trajectoire développementaliste met l'accent sur la performance étatique dans la gestion des intérêts économiques étatiques et non étatiques (Leftwich 2000). Selon Taylor, la question de la performance économique est aussi importante que la capacité à démontrer cette performance (2002). Le gouvernement botswanais sut se présenter comme un État efficace où des fonds de coopération ne seraient pas perdus dans la corruption et les « gaspillages de l'aide ». Lorsque la communauté internationale mis en évidence l'impact du VIH/sida sur le développement en Afrique, ce discours eut une résonance particulière pour un pays dont les élites cherchèrent à préserver cette singularité. Ce discours n'eut pas le même retentissement dans d'autres pays dont « les acquis du développement » avaient déjà été minés par la crise économique et dont les institutions étatiques avaient été fragilisées par les politiques d'ajustement structurel (Burkina Faso, Cameroun par exemple). Du reste, du fait de sa trajectoire développementaliste, le Botswana ne se vit pas imposer la mise en œuvre de programme d'ajustement structurel. Enfin, l'identité nationale (ou le nationalisme) joua aussi un rôle décisif dans la trajectoire développementaliste qui se retrouve dans les caractéristiques de l'État bienfaisant.

Au fondement de l'action publique, l'État bienfaisant

Dans la continuité de la trajectoire développementaliste, se mit en place un État providence ou État social qui a accompagné la croissance économique : un système de redistribution qui permit de mettre à disposition des travailleurs un système de santé quasi gratuit, un accès à l'éducation et au logement pour l'ensemble de la fonction publique et du secteur privé. L'efficacité de l'État dans la mise en œuvre d'une redistribution efficace et une régulation des prestations sociales fut tôt soulignée. Plusieurs observateurs ont noté cependant que cet État protecteur comportait des tendances paternalistes.

La façon dont la lutte contre le sida fut prise en main par le président de la République et son gouvernement illustre aussi la déconnexion entre les institutions centrales et ce qu'il est convenu d'appeler la « société civile ». En « prenant la main » le président ne fit qu'entériner la domination des élites politiques et bureaucratiques sur les affaires publiques. Lors d'un entretien, une experte canadienne travaillant pour ACHAP qui venait de démissionner après quatre ans d'activité au Botswana livrait son appréciation du déséquilibre de pouvoirs entre le gouvernement et la société civile et d'un État paternaliste qui se révélait contre-productif dans la mise en œuvre des politiques

C'est totalement différent en Afrique du Sud où la société civile est forte ! Ici c'est le gouvernement qui est proéminent et il n'y a pas de société civile. Le gouvernement sait ce qu'il faut dire et faire. Le pays s'est développé rapidement grâce aux diamants, est devenu un pays à revenu intermédiaire, avec des politiques de modernisation, d'infrastructures ... mais le gouvernement est devenu trop important et quelque chose a été perdu. Les gens sont devenus passifs. Le gouvernement donnait tout, venait même bêcher les champs si les gens ne le faisaient pas. Les gens sont devenus gâtés (Notes d'entretien, J. Sullivan, ACHAP, Gaborone, 23/5/2007).

Il faut naturellement relever les éléments de frustration et d'extranéité du discours de l'expert en développement à l'orée de son départ. Mais ce qu'elle dit corrobore l'idée de la proéminence du chef de l'État dans la lutte contre le sida. Cette experte avait imaginé collaborer avec un État engagé de toutes parts dans une vision unidirectionnelle de la lutte contre le sida, à la fois des élites politiques pleinement investies et une société civile mobilisée sur le terrain. Elle décrit en somme un État « activiste » idéal comme le cas brésilien que João Biehl a étudié (2004) où la mobilisation se fait par le bas, par un tissu de communautés et d'associations qui s'insère au cœur de l'État où cette mobilisation est relayée par des élites politiques engagées. Un détour par le cas brésilien permettra de démontrer que le volontarisme étatique botswanais ne peut être qualifié d'activiste dans la configuration de sa réponse politique.

Le Brésil s'engagea tôt à mettre les médicaments antirétroviraux à disposition des malades brésiliens. Ce succès en termes d'action publique est à mettre au compte d'un réseau dense de mobilisation communautaire, relayée et soutenue par le Système de santé universel (SUS) créé dans les années 1980. De plus, dans la continuité du processus de démocratisation et l'adoption d'une Constitution progressive de 1988 la santé fut inscrite comme un droit individuel garanti par l'État. Le programme national sida mis en place en 1983 s'appuya sur les mobilisations communautaires car le système de santé demeurerait insuffisamment financé, au point que les programmes locaux finirent par fonctionner comme des ONG. A partir de ce maillage local, et avec la mise au point des trithérapies

antirétrovirales en 1996, le président Henrique Cardoso adopta en novembre 1996 une loi qui stipulait que les antirétroviraux étaient accessibles de façon universelle pour les séropositifs en ayant besoin. Cette loi contraignait le système de santé publique à dispenser ces médicaments de façon gratuite (Biehl 2004, 109). Le gouvernement reçut le soutien de la Banque mondiale mais finança néanmoins la majeure partie des programmes de lutte contre le sida. Les résultats de cette politique d'accès gratuit aux ARV fut quasi immédiat dès 1997-1998 : baisse de la mortalité et des hospitalisations dues au sida, gains économiques. Mais si cette politique enregistra de tels succès c'est que l'action de l'État sur le plan de la loi s'agençait avec une politique scientifique et technologique pour le développement des médicaments et d'une action sur le plan commercial visant à rendre les médicaments plus accessibles, ce qui signifiait de s'engager sur le plan de la lutte contre les règles du commerce international (TRIPS).

Vers l'accès aux médicaments

Ce sont les modalités de coopération pour l'accès aux médicaments qui permettront de finaliser l'analyse de la mobilisation étatique. La modalité d'accès aux médicaments est d'ailleurs l'élément qui est le plus caractéristique de l'État activiste brésilien. Le Brésil sut utiliser les transformations du capitalisme notamment dans le domaine pharmaceutique. Plus encore, le gouvernement saisit la lutte contre le sida comme opportunité pour renforcer l'infrastructure scientifique (laboratoire de Far Manguinhos en particulier la technologie pour copier les médicaments), l'industrie pharmaceutique (production de médicaments génériques) et de l'arsenal juridique et politique afin de produire des « licences obligatoires » prévues pour contourner les accords de propriété intellectuelle et pour permettre la copie ou l'importation de génériques en cas d'urgence sanitaire (Cassier 2002; Cassier et Correa 2003).

Le gouvernement botswanais s'est engagé pour fournir les médicaments à la population lança un appel à l'extérieur. En février 2000, la ministre de la santé du Botswana, Joy Phumaphi nota que les prix des médicaments antirétroviraux étaient trop élevés pour être en mesure de les proposer aux malades du sida¹³², des annonces que le président de la République multiplia en affirmant qu'il travaillait pour une meilleure accessibilité de ces médicaments. Après avoir identifié le prix des médicaments comme le principal obstacle, montré son ouverture à des partenaires internationaux afin de faciliter l'accès, le président a d'ores et déjà annoncé l'accès gratuit aux ARV en mars 2001 lorsqu'il participe à l'Assemblée générale de l'ONU et déclare que son pays est « menacé d'extinction ». L'appel du président sera entendu par des compagnies pharmaceutiques et acteurs philanthropiques qui cherchent à modifier leur stratégie et rendre visible un engagement en faveur de l'accès aux traitements en Afrique.

¹³² Ramatshaba, S., « Government can't cater for all AIDS victims », *Mmegi*, 18-24 février 2000.

Conclusion du chapitre 2

Le Botswana connaît un profil épidémiologique de l'infection à VIH comparable à l'ensemble de ses voisins. L'ensemble des pays d'Afrique australe a souffert plus tardivement mais de façon frontale de l'épidémie de sida et, dès la fin des années 1999, la région est devenue l'épicentre mondial du VIH/sida. Les caractéristiques de cette situation épidémiologique sont liées à l'économie politique régionale du travail migrant notamment dans les mines d'Afrique du Sud, occasionnant d'importants mouvements de population à l'intérieur des pays et également à des facteurs liés aux inégalités socio-économiques, dans l'accès aux soins et dans la confrontation au risque (statut des femmes). Si la situation épidémiologique du Botswana est similaire à l'ensemble des pays d'Afrique australe, en revanche, la singularité de son volontarisme politique tient à deux caractéristiques de l'État botswanais qu'il importe de souligner face à la crise sanitaire : une trajectoire développementaliste (planification étatique du développement dans lequel l'éducation occupe une place centrale) et l'existence d'un État bienfaisant (ayant des caractéristiques d'un État providence, qui octroie des droits, notamment le droit à l'éducation gratuite et aux soins). Sur le plan institutionnel, le Botswana démontre une capacité endogène à évaluer, produire et interpréter les données sur son épidémie et à affirmer que s'il existe des médicaments efficaces contre le sida, le peuple botswanais doit pouvoir en bénéficier. Il incarne un État protecteur de la nation en danger, fournisseur de services publics gratuits notamment de santé ce que n'ont pas manqué de considérer les partenaires internationaux qui se sont présentés à lui. Au tournant des années 2000, le Botswana se positionne comme un pays « prêt » et en demande d'intervention, une temporalité cohérente avec des stratégies venant d'autres acteurs dont les stratégies d'intervention sont en profonde évolution.

L'État botswanais est présent sur la scène de la lutte contre le sida ; le président énonce un discours politique, mobilisant différents thèmes (économie, éducation, société) et registres (neutralité politique, expression de ses sentiments, voire critique de la coopération internationale, notamment sur l'espérance de vie). Activement mobilisé pour obtenir des médicaments, l'État botswanais n'est toutefois pas un État « activiste » au sens où l'était le Brésil de Cardoso (Biehl 2004) ou bien le président Thabo Mbeki en Afrique du Sud engagé dans une bataille politique et morale pour une « cause politique » (Fassin 2002). Le président botswanais n'a pas eu à prendre position en allant à contre sens de la structuration du marché mondial pour l'accès aux médicaments en travaillant à une transformation des règles du jeu international (droits de propriété intellectuelle) afin de lutter contre la cherté des médicaments. Le gouvernement botswanais s'en accomode dans le cadre d'une collaboration avec des acteurs pharmaceutiques et philanthropiques.

Chapitre 3 – La structuration de la coopération internationale pour l'accès aux médicaments antirétroviraux au Botswana

À partir de la seconde moitié des années 1990 les médicaments antirétroviraux (ARV) pour traiter le VIH ont été rendus accessibles pour les malades dans les pays occidentaux riches mais cette thérapeutique restait absente du continent africain – en dehors des personnes qui étaient en mesure de payer leurs médicaments en s'approvisionnant dans le secteur privé. Ces médicaments étaient vendus à des prix prohibitifs – près de 15000 \$ par patient et par an pour une trithérapie – et l'industrie pharmaceutique refusait de baisser les prix en arguant des coûts de recherche et développement exigés par de telles innovations pharmaceutiques. S'est engagée alors une bataille politique et morale entre les représentants de l'industrie pharmaceutique et un mouvement activiste international qui a allié actions spectaculaires, plaidoyer politique et expertise sur la question de la propriété intellectuelle. Peu à peu, le fait que les pays pauvres n'aient pas accès aux médicaments est devenu un « intolérable » (Dozon 2007) face auquel les acteurs de l'industrie pharmaceutique ont été amenés à réagir pour préserver leur image : ses responsables ont alors proposé une série d'initiatives allant de la baisse des prix à des programmes de coopération technique et pharmaceutique de plus grande ampleur. Ce basculement « moral » pour l'accès aux médicaments dans les pays pauvres a entraîné une transformation des acteurs (États, fondations philanthropiques, industrie pharmaceutique, à la suite du mouvement des ONG transnationales) et de leurs stratégies désormais orientées vers l'objectif d'accès aux médicaments en Afrique.

Dans ce cadre, le gouvernement botswanais a bénéficié de plusieurs initiatives en particulier d'une rencontre entre une compagnie pharmaceutique et un acteur philanthropique en pleine ascension, la fondation Bill & Melinda Gates. Cette alliance – ou partenariat – est ici replacée dans le contexte d'une transformation profonde des modalités de la coopération internationale sur la santé. Deux axes seront abordés: en premier lieu, les programmes de coopération proposés par l'industrie pharmaceutique et les fondations philanthropiques, en second lieu la coopération bilatérale et multilatérale. Ces deux types d'acteurs connaissent de profondes évolutions au tournant des années

2000 en vue de permettre la généralisation des ARV en Afrique et dont le gouvernement du Botswana bénéficie de façon préférentielle tout en maintenant un très haut degré de contribution financière à la lutte contre le sida : près de 90% des dépenses liés à la lutte contre le sida sont issues du budget public national. Le gouvernement accueille cependant favorablement les partenariats de type philanthropique et pharmaceutique puis les nouveaux mécanismes de financement multi- et bilatéral : le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme – qui s'avère inadapté au fonctionnement des institutions et de l'État botswanais – et le plan du président américain pour le sida « PEPFAR » - qui s'y implante avec succès¹³³. Comment expliquer une telle configuration de la coopération extérieure en vue de l'accès aux médicaments au Botswana ?

Section 1. Le Botswana, bénéficiaire de la philanthropie pharmaceutique

D'après T. Brown, M. Cueto et E. Fee (2006) la transition de la « santé publique internationale » à la « santé globale » n'est pas uniquement un glissement dans les termes. Elle est le résultat de processus historiques et politiques aux termes desquels l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a vu son pouvoir et son influence défiés par de nouveaux acteurs comme les universités, les fondations philanthropiques et d'autres acteurs publics et privés dans le domaine des politiques de développement sanitaire au niveau mondial.

Tout d'abord, l'OMS a vu ses budgets diminuer, son autorité concurrencée par celle de la Banque mondiale, et l'organisation est entrée en crise dans les années 1980-1990. Mais, en second lieu, la perte de vitesse de l'OMS, l'entrée en lice de la Banque mondiale dans le domaine de la santé¹³⁴ coïncident aussi avec l'arrivée du sida. Le discours sur les maladies émergentes et la « biosécurité » a justifié un investissement croissant dans les industries pharmaceutique et biotechnologique aux États-Unis notamment (King 2002; Lakoff et Collier 2008) et a entraîné une diversification des acteurs dans le domaine de la santé au Sud. En troisième lieu, les ravages du sida sont à l'origine d'un renouveau de la philanthropie industrielle entrant en concurrence avec les acteurs phare de l'humanitaire comme les grandes ONG humanitaire. La fondation Bill et Melinda Gates, née en 1994, est emblématique de cette évolution, tout comme la fondation Soros (Guilhot 2004).

¹³³ Le Fonds mondial de lutte contre le sida, le paludisme et la tuberculose est né en 2001-2002 à la suite de la réunion spéciale de l'Assemblée générale de l'ONU (UNGASS) qui a réuni plus de 180 États membres en juin 2001 et à abouti à la signature d'une Déclaration d'engagement pour l'accès aux soins. Le programme américain PEPFAR est également né dans ce moment de mobilisation et répond aussi à des objectifs politiques internes pour l'administration Bush discréditée par la guerre en Irak et des considérations électorales (soutien des églises chrétiennes).

¹³⁴ On fait généralement remonter l'entrée en scène de la Banque mondiale dans le domaine de la santé au Rapport annuel de l'organisation en 1993 intitulé « Investing in Health ».

Ces différentes dynamiques définissent les contours d'une transformation des politiques et des pratiques de coopération dans le domaine de la santé, entrouvrant un vaste champ d'intervention marqué par un renouveau des intérêts (économiques, symboliques, politiques) d'acteurs multiples autour des questions de santé au Sud, et agissant dans le cadre de « partenariats » qui s'imposent comme la modalité privilégiée de l'action dans un champ qui se revendique de la « santé globale ». En quelques années naissent plusieurs partenariats publics privés pour la santé (Roll Back Malaria en 1998, Global AIDS Vaccine Initiative en 1999) qui se sont multipliées par la suite en lien avec l'intervention biomédicale face au sida. Afin de pouvoir généraliser les médicaments face au VIH/sida, le Botswana est devenu le bénéficiaire de plusieurs de ces initiatives phares.

Le rôle croissant des acteurs pharmaceutiques et philanthropiques sur le sida

Au tournant des années 2000, lorsque le mouvement de désapprobation internationale face aux stratégies des laboratoires pharmaceutiques (« Big Pharma ») est parvenu à son paroxysme, c'est-à-dire lorsque les ONG, les États et les organisations internationales se sont accordés sur la priorité à donner à l'accès aux antirétroviraux, les compagnies pharmaceutiques ont commencé à éprouver de réelles difficultés et ont amorcé une inflexion de leur stratégie. En lien avec cette campagne internationale inédite dans ses actions et ses succès, afin de dénoncer les stratégies des compagnies pharmaceutiques, leurs politiques de prix prohibitifs, les acteurs pharmaceutiques ont effectué un repli, tout d'abord face au gouvernement sud-africain. Accusé de vouloir adopter une loi lui permettant d'importer des médicaments génériques, le gouvernement de sud-africain avait été assigné en justice par une coalition de laboratoires pharmaceutiques. En avril 1999, les 39 laboratoires pharmaceutiques ont retiré leur plainte en raison de l'ampleur prise par le mouvement international de désapprobation morale (Cassier 2002; Eboko 2005c). Face à cette situation tendue, les laboratoires pharmaceutiques tentent de transformer leur image en démontrant leur bonne foi. Etant donné que leur argument principal (outre celui des importantes dépenses de « recherche et développement ») reposait sur l'insuffisante préparation des systèmes de santé africains pour mettre en place l'accès aux médicaments, plusieurs laboratoires ont proposé des actions concrètes pour aider les pays à se doter d'infrastructures adéquates.

Le programme de Bristol Myers Squibb en Afrique australe

La première initiative de ce type a été élaborée par le laboratoire Bristol Myers-Squibb à destination de l'Afrique australe nommée « Secure the Future ». Il s'agissait d'une contribution financière directe aux États pour leur permettre d'améliorer leur système de santé face au sida. Cette initiative philanthropie pharmaceutique de BMS revendiquait d'être la première d'envergure proposée par une compagnie pharmaceutique afin d'« agir de façon significative » dans la lutte contre le sida en Afrique. Le directeur du Botswana-Harvard Partnership (BHP) comme le président de la fondation BMS s'accordent pour situer l'origine de ce programme dans une exhortation formulée auprès des laboratoires pharmaceutiques par le secrétaire général de l'ONU¹³⁵. Dans le cours d'une réunion

¹³⁵ Entretien avec le président de la fondation BMS, 29/05/12, corroborant sur ce point le responsable de Harvard au cours de l'entretien à Boston, 4/3/11.

internationale sur le sida en 1999, Koffi Annan avait critiqué l'inertie des laboratoires alors que l'épidémie atteignait des proportions vertigineuses. Présent à cette réunion le PDG de BMS décida d'entreprendre une action de coopération en Afrique. Il réussit à rassembler 100 millions de dollars qui avaient vocation à être distribués aux cinq pays les plus touchés au monde par le VIH/sida, comme le rappelle le président de la fondation BMS John Damonti :

A l'issue d'un processus de planning stratégique en interne, on a proposé un plan : 100 millions de dollars sur 5 ans, pour les 5 pays les plus touchés (...) l'idée était que si BMS prenait le leadership et afin d'enregistrer un succès il fallait que ce soit sur les 5 pays les plus touchés au monde donc : Botswana, Afrique du Sud, Namibie, Lesotho, Swaziland (Notes d'entretien – par téléphone – avec le président de la Fondation BMS, 29 mai 2012).

Il ne s'agissait pas de consentir des baisses de prix en accord direct avec les gouvernements (cas du Sénégal) ou dans le cadre d'accords négociés (« Accelerated Access Initiative » à partir de mai 2000). Le principal critère de choix des pays d'intervention était l'ampleur épidémiologique du sida¹³⁶, car l'objectif de l'entreprise pharmaceutique était de pouvoir « faire une différence significative par rapport à la pandémie » (*idem*, entretien J. Damonti). Pour y parvenir, l'enveloppe financière visait à ajuster les infrastructures (capacités de laboratoire, formation des soignants) afin de pouvoir ensuite « autoriser » la généralisation de leurs médicaments (BMS produit notamment deux des molécules qui composent les protocoles de première ligne à ce moment):

Au début la stratégie de BMS consistait à donner tout sauf médicaments ! évidemment les associations, les activistes nous accusaient en disant « c'est de votre faute s'il n'y a pas de médicaments ! » mais cela aurait été aberrant voire irresponsable d'envoyer des médicaments de la sorte, alors que l'on ne peut s'assurer du diagnostic, ou alors, si l'on pouvait avoir un diagnostic, comment s'assurer que le patient revienne ? Et s'il revient, comment s'assurer qu'il y a des soignants et s'il repart dans son village avec ses médicaments, s'assurer qu'il n'écoute par son marabout qui lui dit que s'il prend ça il va mourir, ou qu'il les revende sur le marché noir pour nourrir sa famille pendant trois mois, ou qu'il ne partage ses médicaments avec d'autres membres malades de sa famille ? (Notes d'entretien, programme Access, BMS France, Rueil-Malmaison, 2 mai 2012).

L'exemple du programme de BMS montre qu'en plus d'être acculés à l'action par le mouvement activiste et de chercher à contrer une image « marketing » détériorée, les responsables de l'industrie pharmaceutique ont également ajusté leur stratégie à cette « panique » des résistances aux médicaments qui, si elles advenaient à large échelle, auraient des conséquences industrielles et commerciales lourdes. Les États se détourneraient en effet de leurs médicaments et les laboratoires seraient obligés d'investir de façon redoublée dans la recherche de nouvelles molécules. Cela explique que les fonds de « Secure the Future » aient concerné, au Botswana, la formation des techniciens et des soignants, l'édification du laboratoire de référence national (*Botswana Harvard Partnership Reference laboratory*) et l'essai clinique « Hope » qui consistait à évaluer l'efficacité et les toxicités de différents protocoles d'antirétroviraux dont plusieurs médicaments fabriqués par BMS. Le programme Secure the Future a donc contribué à ces deux éléments clés au début du programme de traitement antirétroviral dont il sera plus amplement question dans le chapitre 4.

¹³⁶ Cela est confirmé par une autre interlocutrice au programme Access de BMS (entretien le 2 mai 2012). A ma première question sur le choix des pays destinataires, elle répondit : « à cause du taux de prévalence bien évidemment, de la pandémie (ce n'est plus une épidémie) »

Merck & Co Inc., une compagnie pharmaceutique en quête de programme humanitaire

Un autre géant pharmaceutique a cherché à aider les États à lutter contre le VIH/sida et à rendre visible cette politique à la fin des années 1990 : la compagnie pharmaceutique Merck & Co. Inc., qui a adopté la même sémantique de la « différence significative » que BMS en Afrique australe. Mais la politique de Merck & Co s'appuyait sur un précédent (programme de donation dans les années 1980) et eut un rôle structurant dans la politique nationale du médicament au Botswana.

En 1987, le laboratoire Merck & Co. Inc.¹³⁷ avait établi un programme de donation en collaboration avec l'OMS et la Banque Mondiale afin de rendre accessible l'ivermectine (Mectizan), un médicament produit par Merck pour traiter l'onchocercose¹³⁸, une maladie parasitaire endémique en Afrique de l'ouest et en Afrique centrale. Merck faisait bénéficier gratuitement ce médicament à plus de 33 pays touchés dans le monde et l'avait érigée en « initiative phare » pour les « pays à ressources limitées ». Face au sida et à la désapprobation internationale croissante envers les stratégies des laboratoires pharmaceutiques, Merck a utilisé ce programme de don du Mectizan comme instrument de légitimation d'une politique d'accès à ses médicaments antirétroviraux pour les pays pauvres. En 1998, le directeur exécutif de Merck & Co. Inc, Raymond Gilmartin et son vice-président, Guy Macdonald, affirmaient ainsi souhaiter porter leur « responsabilité sociale » dans le domaine du traitement du sida et dans cet objectif, ils ont travaillé notamment avec des chercheurs de l'école de santé publique de Harvard et dans le cadre du *World Business Strategy Team* (WBST), à élaborer « une action de grande ampleur » face au VIH/sida : les responsables du Harvard AIDS Institute ont obtenu un financement du laboratoire Merck et de l'administration américaine pour les services de santé¹³⁹ afin de poser les jalons d'une réflexion sur l'accès aux soins et aux traitements dans les pays à ressources limitées. Cette collaboration intitulée *Enhancing care Initiative* (ECI) s'appuyait sur des équipes de quelques personnes (médecins, experts de santé publique, associatifs) dans cinq pays (Brésil, Sénégal, Afrique du Sud, Porto Rico, Thaïlande). Coordinée par le Harvard AIDS Institute en étroite collaboration avec le Centre François-Xavier Bagnoud pour la santé et les droits de l'Homme et le Département Population et Santé internationale de l'école de santé publique de Harvard, cette initiative s'est formellement arrêtée en 2004. Le travail de ces équipes consistait à évaluer la faisabilité et les modalités de l'accès aux médicaments dans les pays « à ressources limitées ». L'équipe brésilienne avançait aisément car elle bénéficiait d'un large soutien de la part d'un État « activiste » qui œuvrait à l'accessibilité des médicaments (Biehl 2004). En Afrique du Sud, une équipe de ECI dans la province du Kwa Zulu Natal était parvenue à un consensus sur les moyens de traiter les

¹³⁷ Merck and Co., Inc. et Merck Compagny Fondation. Les deux entités sont incluses dans l'initiative. Ayant des positions exécutives qui se juxtaposent (le président de la fondation est également un responsable de la compagnie) il est difficile de les distinguer en tant qu'acteurs. Je me limiterai donc au cours du texte à l'appellation "Merck" sachant qu'il puisse être question de l'entreprise, de la fondation ou des deux.

¹³⁸ L'onchocercose ou cécité des rivières touche de nombreux pays africains, en particulier en Afrique de l'Ouest et en Afrique centrale. Une dose annuelle de Mectizan de 150 à 200 mcg/kg, fabriqué par Merck, est efficace pour réduire la densité microfilaire dans la peau après un mois, elle réduit également les symptômes et manifestations cliniques et ralentit la progression vers la cécité. Voir le rapport de l'OMS sur le contrôle de l'onchocercose ; Technical Report Series n° 852, 1995. Le Mectizan Donation Program a été établi en 1987, voir <http://www.mectizan.org/>

¹³⁹ Source: U.S. Health resources and Services Administration.

patients si l'argent était disponible mais le projet a été bloqué dans un contexte de méfiance réciproque entre les autorités provinciales et celles de l'État fédéral¹⁴⁰ et de tensions politiques autour du sida (Fassin 2003a). Puis, tandis que le mouvement international de désapprobation envers les compagnies pharmaceutiques se renforçait en 1999, les dirigeants de Merck ont cherché à constituer une alliance plus large, une « coalition » qui réunirait des acteurs philanthropiques et des agences de coopération.

Un acteur philanthropique en pleine ascension : la fondation Bill & Melinda Gates

William Foege, épidémiologiste, joua un rôle clé pour établir un lien entre l'industrie pharmaceutique (Merck & Co.) et le monde philanthropique (fondation B. & M. Gates). Ancien directeur des Centers for Disease Control (CDC) à la fin des années 1970 puis directeur du centre Carter, il a rejoint la fondation B. & M. Gates en 1999. W. Foege est le premier à avoir utilisé l'expression de « menaces globales liées aux maladies infectieuses » (« global infectious disease threats ») (Brown, Cueto, et Fee 2006, 69). Cette expression, reprise dès 1997 par l'Institut de la Médecine¹⁴¹ (IOM) dans un rapport intitulé « America's Vital Interest in Global Health »¹⁴² puis par la directrice de l'OMS, Gro Harlem Brundtland, a marqué de son empreinte l'évolution sémantique vers la « santé globale ».

Créée en 1994 (William Gates Foundation), renommée Bill & Melinda Gates Foundation, l'organisation subit des pressions (notamment de la part d'hommes politiques comme Ralph Nader) pour octroyer des financements pour des programmes de santé dans les pays pauvres¹⁴³. W. Foege rejoint la fondation B. & M. Gates en 1999, pour travailler sur les futures initiatives de « santé globale » que pourrait déployer la fondation qui est en pleine expansion et devient l'un des principaux financeurs des programmes de santé dans le monde. W. Foege établit le lien entre les responsables de Merck Co. Inc. qui souhaitent prolonger leur action dans le domaine du sida dans les pays pauvres, et la fondation Gates. Ces contacts, réseaux et intérêts convergents vont trouver un écho dans la mobilisation internationale qui bascule pour l'accès aux ARV.

En janvier 2000, tandis que le Conseil de Sécurité des Nations Unies s'était pour la première fois de son histoire saisi d'une question de santé pour déclarer l'épidémie de sida un « enjeu de sécurité en Afrique » (Chabrol 2002), les responsables de la fondation B. & M. Gates ont organisé une réunion à Seattle au siège de la fondation afin d'explorer des initiatives de grande ampleur sur le VIH/sida. W. Foege, en tant que directeur du centre Carter avait aidé la compagnie Merck à mettre en

¹⁴⁰ Entretien, Harvard AIDS Initiative, Boston, 4/3/11.

¹⁴¹ Etabli en 1970, l'Institut de médecine (IOM) est le bras « santé » de l'académie nationale des sciences.

¹⁴² Ce rapport formalise l'intérêt pour les États Unis d'œuvrer pour la santé dans le monde selon trois axes : protéger la population américaine, soutenir l'économie et promouvoir les intérêts internationaux des États-Unis (Yach et Bettcher 1998a). Les auteurs du rapport notent que les « États-Unis sont un leader mondial dans le champ de la recherche biomédicale (...) l'incapacité à s'engager dans la résolution des problèmes de santé globaux diminuerait la stature de l'Amérique dans le champ de la santé et mettrait en péril sa propre santé, son économie et sa sécurité nationale » (rapport IOM 1997).

¹⁴³ Pour plus de précisions, se reporter à la chronologie de Microsoft établie par James Love, de l'organisation Knowledge Economy International, disponible sur <http://keionline.org/microsoft-timeline> (21/5/2011).

place la distribution des médicaments dans le cadre du programme Mectizan (MDP)¹⁴⁴. Il est parvenu à faire inviter les dirigeants de la fondation Merck pour qu'ils puissent présenter leur projet lors de cette réunion. Mais les organisations internationales et les autres fondations philanthropiques présentes désapprouvaient la participation de Merck à ce type de réunion. W. Foege a plaidé auprès de la fondation Gates la crédibilité de l'offre et l'implication au plus haut niveau de responsabilité (G. MacDonald, R. Gilmartin et L. Distlerath, présidente de la fondation Merck). Dans un premier temps, la firme a échoué à convaincre la plupart des fondations ainsi que l'Onusida, tous réticents à l'idée d'une initiative de santé publique issue de l'industrie pharmaceutique. Finalement, séduits par la possibilité d'une offre émanant du secteur privé, les responsables de la fondation B. & M. Gates acceptèrent de participer à ce projet. Les dirigeants de Merck proposèrent d'y investir 50 millions de dollars et réussirent à convaincre ses responsables de donner également 50 millions de dollars¹⁴⁵.

Le principe de ne faire bénéficier de l'initiative qu'un seul pays a emporté l'adhésion de la fondation Gates dont les responsables ont apprécié l'idée de « se concentrer sur un lieu et si cela marche alors nous connaissons les paramètres ; on sait ce que cela donne quand on ne fait rien alors essayons de rassembler tout ce qu'il faut même si cela ne sera jamais suffisant »¹⁴⁶. Plus encore, la dimension « expérimentale » du projet – au sens où elle ne concernera qu'un pays – a été un important point de consensus entre les deux partenaires. En revanche, cela ne permettait pas de rassembler d'autres acteurs comme les organisations onusiennes.

Les modalités de la coopération pour le traitement du sida se sont transformées en suscitant un renouveau de la philanthropie états-unienne. Les fondations philanthropiques états-uniennes s'étaient engagées dans des activités de recherche scientifique en Afrique au début du 20^e siècle, en particulier la la fondation Rockefeller autour de la fièvre jaune. De la même façon, le traitement de la maladie avait imposé de se consacrer à un projet unique afin de pouvoir faire une « avancée significative », dans un lieu unique. A la fin des années 1990, l'accès aux médicaments dans les pays d'Afrique australe est déterminée par l'investissement et le calcul des acteurs philanthropiques et pharmaceutiques, en particulier l'espoir de contribuer à y faire une « différence significative » face au sida comme le montre le processus de sélection du pays bénéficiaire du projet de Merck et Gates.

Le partenariat public-privé pour la lutte contre le sida au Botswana : African Comprehensive HIV/AIDS Partnership (ACHAP)

Le processus par lequel le Botswana fut sélectionné pour bénéficier de cette initiative renseigne sur le dispositif de coopération et sur les intérêts des acteurs qui le composent. Il présage également d'une déconnexion entre l'offre extérieure et la réalité sociale et politique du pays, en dehors des enjeux spécifiques liés au traitement du sida en particulier l'intérêt de ces acteurs afin d'aider un pays à « franchir un pays décisif dans la lutte contre le sida ».

¹⁴⁴ Voir Mohr et al, pour un cas d'étude sur ce programme (2009, 480-483).

¹⁴⁵ Voir Weber, Austin & Barrett (2001).

¹⁴⁶ Retranscription d'entretien avec un responsable du Harvard AIDS Institute, Boston, 4/3/11.

Le Botswana choisi comme destinataire pour cette initiative inédite

Les responsables des fondations Merck et B. & M. Gates se sont engagés dans des consultations afin de choisir le pays africain qui serait le meilleur « partenaire » pour leur investissement. Ils ont multiplié les réunions sans partager l'information avec le potentiel bénéficiaire dont la sélection se fait dans le courant du printemps 2000¹⁴⁷. De leur côté, les responsables de Harvard qui avaient concrétisé leur collaboration avec le gouvernement botswanais en 1996, ont plaidé la cause du Botswana auprès des responsables de Merck en leur proposant de venir visiter le Botswana, « juste pour voir », y compris dans un temps très court, les intérêts du pays. L'un des responsables se rappelle :

Je leur ai dit : « Je peux vous amener au Botswana et en deux jours vous aurez rencontré toutes les personnes qu'il faut rencontrer et vous verrez qu'au Botswana ils sont capables de rassembler une équipe, c'est un peu comme le Sénégal, c'est suffisamment petit au sens des personnes à rencontrer pour monter une équipe... vous pouvez le faire en deux jours ! Il est venu et je l'ai même amené faire un safari le matin avant qu'il ne saute dans son avion (Retranscription d'entretien, HSPH, Boston 4/3/11).

Ancrés désormais solidement à Gaborone, les chercheurs de Harvard servent d'intermédiaire pour leur faire visiter le pays, en un temps record et y compris dans le cadre d'un intermède touristique, et montrer à de potentiels investisseurs les avantages et opportunités du pays, ainsi que les personnes clés pour attester du sérieux du site. Le Botswana devait séduire et le responsable de Harvard était très confiant « Je savais qu'ils reviendraient au Botswana » précisait-il au cours de l'entretien. Les réunions « secrètes » et les consultations se sont poursuivies. Les deux futurs partenaires se sont entendus sur deux critères de choix consensuels concernant l'existence d'une volonté politique de combattre l'épidémie et la stabilité politique, en plus du critère crucial de la présence épidémique du VIH. La liste des bénéficiaires potentiels fut arrêtée à cinq pays: Botswana, Malawi, Rwanda, Sénégal et Ouganda puis à deux. Guy Macdonald, de Merck & Co, se remémorait ainsi:

Nous avons réduit notre choix aux deux pays qui remplissaient le mieux les critères, le Botswana et l'Ouganda, mais avec plus d'un million de personnes séropositives, l'Ouganda était bien trop grand pour les ressources sur lesquelles nous nous étions engagés. Le Botswana avait seulement une population totale de un million et demi. Nous avons téléphoné à Gates et lui avons annoncé que nous étions prêts à choisir¹⁴⁸.

Le gouvernement américain suggéra de choisir l'Ouganda mais ce pays fut écarté pour sa taille et le nombre total de personnes séropositives trop important¹⁴⁹. Les ressources financières ne seraient pas suffisantes pour un programme à l'échelle nationale. Cet extrait montre la prise en compte de l'importance de la démographie et de la stabilité politique. L'intervention est de plus en plus définie par des critères relatifs aux garanties apportées pour les acteurs qui y investissent. Dans

¹⁴⁷ La plupart des informations sur la genèse du projet du côté de Merck proviennent de cette étude de cas réalisée dans le cadre d'un « Harvard Business School Case » écrit par Weber, Austin et Barrett en 2001, aux prémices de l'existence de ACHAP et concerne la façon dont le partenariat est né.

¹⁴⁸ Cité dans Weber, Austin et Barrett, 2001: 10.

¹⁴⁹ L'on peut également signaler qu'en 1999 l'Ouganda bénéficie de l'Initiative de l'Onusida, au même titre que la Côte d'Ivoire et le Chili. Il existe déjà une forme de coopération internationale pour l'accès aux soins.

un document institutionnel issu de la fondation Bill & Melinda Gates, ce choix pour un pays « prometteur » sur le plan de l'investissement est rappelé ainsi:

Les fondations Gates et Merck se sont entendues pour lancer le projet et ont entrepris d'identifier un pays africain qui donnerait au projet une bonne chance de réussite. Le Botswana a été un choix évident. Non seulement il avait une très sérieuse épidémie de VIH mais il avait aussi un président très direct et personnellement engagé à faire face à cette crise et qui avait fait appel à l'aide extérieure. Le Botswana avait aussi une démocratie stable et des ressources significatives à apporter¹⁵⁰

Tandis que le projet germait sans que les autorités politiques et sanitaires du potentiel bénéficiaire ne soient officiellement informées, le directeur du Harvard AIDS Institute intervint directement auprès des autorités nationales pour faire part de l'offre. Il se chargea d'expliquer en personne au président Festus Mogae et à sa ministre de la santé Joy Phumaphi la proposition venant du laboratoire pharmaceutique Merck et de la fondation Bill & Melinda Gates en juin 2000. Il obtint un rendez-vous au cours de la même semaine, un concours de circonstance favorable pour les dirigeants de Merck qui souhaitaient pouvoir révéler le projet lors de la 13^{ème} conférence internationale sur le sida organisée à Durban du 9 au 14 juillet 2000 qui s'annonçait comme un rendez-vous politique où s'affronteraient d'une part le président Mbeki et ses déclarations controversées et d'autre part, les activistes transnationaux pour l'accès aux médicaments au Sud et l'ensemble de la communauté internationale (Fassin 2002). Le président du Botswana avait demandé aux représentants des fondations Merck et Gates de se présenter au rendez-vous munis d'un document prêt à signer. A l'issue de cette rencontre qui s'est tenue à Gaborone le 4 juillet 2000, les dirigeants de Merck et de Gates se sont rendus directement de Gaborone à la conférence de Durban pour annoncer la création du partenariat à la communauté internationale du sida réunie dans le pays voisin¹⁵¹. La naissance du Botswana Comprehensive HIV/AIDS Partnership fut présentée le lendemain de l'ouverture pathétique de la conférence de Durban le 10 juillet 2000¹⁵².

Ainsi le Botswana a-t-il été choisi pour bénéficier d'une offre qui assurait les fonds et l'expertise nécessaire pour garantir la distribution prochaine des médicaments. Plusieurs responsables de santé publique, qui n'étaient en rien « passifs » afin de pouvoir proposer une politique d'accès aux médicaments, soulignent toutefois l'extériorité de la dynamique. Dr Howard Moffat, directeur de l'hôpital à ce moment signalait ainsi : « Merck et Gates sont arrivés et on a pu fournir les ARV »¹⁵³. Les responsables botswanais ont reconnu qu'une offre leur a été faite par deux puissants partenaires et que cette offre salubre a été acceptée car elle promettait la latitude de répondre efficacement aux besoins identifiés par les autorités gouvernementales. Ceux-ci étaient d'ores et déjà publiquement

¹⁵⁰ "Working with Botswana to confront its devastating AIDS crisis", Bill & Melinda Gates Foundation, June 2006, p. 2.

¹⁵¹ Communiqué de presse, 10 juillet 2000. Le partenariat naît officiellement le 8 septembre 2000, un bureau est installé à Gaborone, les représentants des trois parties siègent au sein d'un Bureau des directeurs. Dès ce moment on ne parle plus de BCHAP mais de « African Comprehensive HIV/AIDS Partnership » (ACHAP).

¹⁵² Le président sud-africain ouvrit la conférence devant une salle désertée et de violentes manifestations furent organisées à son encontre (Fassin 2002).

¹⁵³ Entretien avec Dr Brown, février 2008 et entretien avec H. Moffat, novembre 2008.

engagés envers la population. Après avoir déclaré le sida « urgence nationale » en janvier 2000, le président de la République avait promis l'accès aux médicaments de façon gratuite. Le gouvernement n'avait du reste pas d'opposition idéologique à cette proposition fusionnant les intérêts économiques et symboliques (en termes d'« image »), venant d'acteurs privés, dans la mesure où cela lui permettait d'entrevoir l'arrivée rapide des médicaments.

Encadré 2. African Comprehensive HIV/AIDS Partnership (ACHAP)

ACHAP est le nom du partenariat entre le gouvernement du Botswana, la compagnie pharmaceutique Merck and Co et la fondation B. et M. Gates. Il consiste essentiellement en un don de 100 millions de dollars pour le gouvernement botswanais sur 5 ans. ACHAP a été renouvelé en 2004 puis en 2010. Il est prévu en plus de la donation financière, un don de médicaments produits par Merck.

Les activités de ACHAP sont le soutien aux initiatives gouvernementales dans le domaine de la prévention, du conseil et du dépistage, de l'accès aux antirétroviraux et du renforcement des capacités des personnes vivant avec le VIH.

Les décisions sont prises par un comité de directeurs (Board) comprenant des représentants des trois partenaires (gouvernement, fondations Gates, Merck & Co.) ainsi que d'autres personnalités comme le directeur du Harvard AIDS Institute et un responsable des Centers for Disease Control. ACHAP dispose de bureaux à Gaborone. Son premier directeur est un responsable de Merck en Afrique du Sud (D. de Korte) qui a été remplacé en 2004 par Tselele Fantan, ancienne responsable du sida dans l'entreprise Debswana puis par un responsable de santé publique Temba Moeti. ACHAP a peu de personnel car les membres de son comité des directeurs ont privilégié la modalité du « détachement ». ACHAP s'est situé dans la continuité du recours aux experts étrangers à des fins de développement : ACHAP paie les salaires d'experts techniques et de consultants auprès des institutions telles que le ministère de la santé et le ministère du gouvernement local principalement. Ces experts sont placés sous l'autorité des institutions nationales. D'après Elise Carpenter (2009) ce statut « temporaire » fait de ces experts étrangers des responsables bien placés pour négocier le changement bureaucratique avec les élites locales : ils opèrent avec beaucoup de précautions pour ancrer leur action dans le processus de développement national guidé par une élite politique s'appuyant sur une bureaucratie compétente.

Une donation pharmaceutique sans précédent

Les grands laboratoires pharmaceutiques (« Big Pharma ») ont d'abord proposé des programmes de formation, de soutien aux infrastructures. Puis, progressivement, les programmes ont inclut une dimension d'accès aux médicaments consistant à concéder des baisses substantielles du prix des médicaments en fonction d'un classement spécifique des pays, adopté par chaque laboratoire. Pour chaque catégorie de pays, les laboratoires ont baissé le prix de leurs médicaments. Or, ayant formulé l'idée d'ACHAP avec la fondation Gates, les dirigeants de Merck ont proposé des dons de médicaments.

À travers ACHAP, le Botswana est devenu le seul pays pour lequel un laboratoire pharmaceutique donnait tous ses médicaments ARV ce qui était exceptionnel en soi, et *a fortiori* dans le cadre des tensions autour de la propriété intellectuelle protégeant les médicaments de marque face à la production de médicaments génériques peu coûteux. Ce don de médicaments n'est intervenu qu'au printemps car les deux acteurs ont eu à convaincre l'État botswanais de ne s'approvisionner qu'en médicaments de marque. En mars 2001, en effet, la ministre de la Santé Joy Phumaphi était encore en train d'étudier les possibilités d'approvisionnement auprès de fabricants indiens de

médicaments génériques¹⁵⁴. Mais ACHAP entérina l'adoption du principe d'un approvisionnement exclusif en médicaments de marque, une garantie qui fut apportée par le gouvernement du Botswana à ces deux partenaires¹⁵⁵. En cette période de renégociation des accords sur la protection des droits de propriété intellectuelle (ADPIC) sous l'égide de l'OMC, la question du prix des médicaments antirétroviraux pour les pays du Sud était au centre des débats internationaux et des mobilisations activistes. La compagnie pharmaceutique a effectué un « coup de force » au moment où les producteurs de génériques entraient en lisse, notamment avec une combinaison de première ligne (stavudine, lamivudine et névirapine) fabriquée par un producteur indien pour moins de 300 dollars par an. Ce « coup de force » a été de convaincre les responsables gouvernementaux botswanais de revendiquer leur choix pour les médicaments de marque en raison de préoccupations au sujet de la sécurité des médicaments génériques¹⁵⁶.

La donation de Merck était essentielle pour le démarrage du programme : le fabricant offrait l'un des antirétroviraux les plus couramment employés dans les régimes de première ligne, l'efavirenz, qui appartient à la classe des inhibiteurs non-nucléosidique de la transcriptase inverse (INNTI) et qui est utilisé en association avec deux inhibiteurs nucléosidique de la transcriptase inverse (INTI) en première intention, sauf pour les femmes en âge de procréer¹⁵⁷. Merck offrait également son inhibiteur de protéase (IP) Indinavir¹⁵⁸ un antirétroviral utilisé en deuxième ligne dans les pays du Nord et très peu utilisé au Sud à ce moment (il n'était pas inclus dans les recommandations de l'OMS). Aussi la fondation Merck fournissait-elle gratuitement le fruit de toutes ses innovations au Botswana, transformant le pays en exception dans la géographie de ses priorités: un pays pour lequel tous les médicaments fabriqués étaient offerts, de façon continue depuis 2001. Pour le reste du monde, Merck appliquait une politique de prix stricte (un médicament un prix à destination de deux types de catégories de pays) et ne concédait que peu de réductions. L'enjeu pour la compagnie est de revendiquer une action d'ordre moral ce que montre l'exemple de l'efavirenz, son médicament phare. Car autrement pourquoi l'efavirenz aurait-il fait l'objet d'un don au gouvernement du Botswana alors qu'il était, au même moment, au cœur d'une bataille politique, juridique et commerciale avec le Brésil ?

La lutte frontale du gouvernement brésilien pour ce médicament a commencé réellement en

¹⁵⁴ “Government trying to buy cheaper anti-retroviral drugs”, *Mmegi*, 16 mars 2001.

¹⁵⁵ Jamie Love l'affirme dans sa chronologie de Microsoft (disponible sur <http://keionline.org/microsoft-timeline> 3/12/10) mais je n'ai pu obtenir de confirmation écrite. Jamie Love est le directeur de Knowledge Ecology International, connue auparavant sous le nom de Consumer Project on Technology, une organisation spécialisée dans les questions d'accès aux innovations notamment dans le domaine de la santé publique.

¹⁵⁶ Entretiens avec la directrice de BONELA (3/8/2004) et avec Dr Alma (28/1/2008).

¹⁵⁷ Stocrin® (efavirenz) est le principal inhibiteur non-nucléosidique de la transcriptase inverse (INNTI ou NNRTI) des régimes de premières lignes dans les pays du Sud, il est en outre essentiel car pour les personnes coinfectedes par la tuberculose, il présente moins d'effets secondaires et interagit moins avec les médicaments anti-tuberculose. Toutefois, l'efavirenz pris pendant une grossesse peut être responsable de malformations du nourrisson.

¹⁵⁸ Indinavir ou Crixivan® (indinavir sulfate) appartient à la classe thérapeutique des inhibiteurs de protéase (IP)

2001. Après la signature de l'accord de Doha en novembre 2001¹⁵⁹, le Brésil s'engage vers le mécanisme des licences obligatoires. En effet, le gouvernement brésilien fait face à des dépenses très élevées pour acheter ce médicament utilisé pour près de la moitié des patients sous ARV et qui coûtait 580 \$ par patient. L'achat d'efavirenz accaparait plus de 10% du budget de son programme sida. Un bras de fer s'est engagé avec Merck, producteur de l'efavirenz. Merck a accusé le gouvernement brésilien d'importer une version générique d'efavirenz en provenance d'Inde. Tout en ouvrant des négociations pour la réduction du prix de ce médicament, les autorités brésiliennes ont soutenu le laboratoire fédéral Far Minguinhos et ses activités de *reverse engineering* afin de parvenir à copier l'efavirenz en vue d'en produire une version générique. Cet investissement a permis au Brésil de faire pression sur Merck pour obtenir une baisse des prix. En 2004 Merck a rompu une négociation avec le Brésil (sur une licence volontaire pour la production de l'efavirenz par Merck, au Brésil) et a assigné le gouvernement¹⁶⁰. Après l'échec d'ultimes négociations sur le prix (le Brésil avait demandé 245\$, le prix payé par la Thaïlande mais cela fut refusé par Merck), le président brésilien Luis Ignacio Lula da Silva signa en mai 2007 un décret pour l'importation et la production de l'efavirenz « pour l'intérêt public et à des fins non commerciales » ; décret qui ouvre la voie à une licence obligatoire pour 5 ans avec 1,5% de royalties pour Merck. Pour le copier, le Brésil a importé un générique de l'efavirenz d'Inde et a réussi à mettre au point le médicament en 2009. Le médicament, désormais produit localement, a permis d'obtenir une réduction de son prix de 93% : quand l'efavirenz représentait 12% des dépenses pour les antirétroviraux au début des années 2000, il n'en représente plus que 3,9% aujourd'hui¹⁶¹.

Ces modalités distinctes d'accès à l'efavirenz illustrent autant une configuration spécifique des acteurs que les stratégies plurielles des compagnies pharmaceutiques. Le laboratoire opte, d'une part, pour une stratégie philanthropique et, d'autre part, mène avec le Brésil une bataille commerciale sans concession. L'efavirenz est l'enjeu d'une bataille commerciale pour Merck car c'est une entité chimique découverte en 1992 par leurs laboratoires de recherche mais dont Merck céda le brevet à Du Pont Merck (aujourd'hui Bristol Myers Squibb) en 1994 pour être développé et commercialisé aux États-Unis, au Canada, au Royaume-Uni, en France, en Allemagne, en Espagne et en Italie (sous le nom commercial Sustiva®). Merck a gardé quant à lui les droits commerciaux exclusifs pour le reste du monde (dont le Brésil et le Botswana) sous le nom commercial Stocrin®. Malgré l'impératif d'une action philanthropique (que lui permet le partenariat avec le Botswana), la sauvegarde du marché brésilien était donc une priorité car il représentait la majorité des revenus pour ce médicament pour la compagnie qui ne disposait plus des débouchés commerciaux des pays du Nord.

¹⁵⁹ Les accords de Doha font référence à la déclaration de l'OMC sur les Accords sur les droits de propriété intellectuelle (ADPIC) et la santé publique, qui autorisent des flexibilités (licence obligatoire) pour permettre aux États d'importer ou de produire des médicaments en cas d' « urgence sanitaire ».

¹⁶⁰ Une première décision de la Cour brésilienne visant à cesser l'importation de génériques fut cassée en aout 2005 avec des arguments de santé publique tels qu'énoncés par le laboratoire de Far Minguinhos (Cassier et Correa 2010, 120); cela ouvrit la voie à la décision en 2007 du gouvernement de prendre une mesure de licence obligatoire pour pouvoir acheter le générique indien et en vue de produire un efavirenz brésilien

¹⁶¹ Voir Steinbrock, R. "compulsory licensing in Thailand", *New England Journal of Medicine*, 2007.

Fin 2008, Merck a annoncé qu'il fournirait aussi deux autres médicaments: Atripla® et Isentress® (raltegravir) via ACHAP pour les patients en échec thérapeutique avec les régimes standard du programme national. Raltegravir appartient à une nouvelle classe d'antirétroviraux appelés les inhibiteurs d'intégrase (II) : il est présent sur les marchés occidentaux depuis 2007 mais nulle part ailleurs dans les pays en développement ce qui signifie qu'il ne peut pas y avoir de résistance avec d'autres médicaments utilisés. De ce fait, il permet de traiter les patients qui ont développé des résistances aux régimes ARV plus anciens et il a peu d'interactions négatives avec les autres médicaments ; quant à Atripla, combinaison à dose fixe qui n'a besoin d'être prise qu'une fois par jour, c'est un médicament qui implique une simplification de la prise et de la prescription¹⁶².

Merck se présentait par ailleurs au Botswana comme un « facilitateur » pour permettre d'autres donations et/ou réductions de prix et chercha à convaincre le laboratoire Boehringer Ingelheim (BI) de se joindre à ce partenariat dès 2000 pour fournir le médicament qui prévient la transmission du VIH de la mère à l'enfant, en pleine controverse sur la névirapine en Afrique du Sud (Fassin, 2007). Au titre du « programme de donation de Viramune® », Boehringer Ingelheim (BI) commença à fournir gratuitement la névirapine dans le cadre de la PTME à 2000 pour tous les pays en voie de développement. Dès la fin de l'année 1998, grâce à une donation d'AZT de la compagnie Glaxo Smith Kline (GSK) dans le cadre d'une initiative de l'Unicef, le ministère de la santé commence à pouvoir proposer une prophylaxie pour prévenir la transmission de la mère à l'enfant lors de la grossesse. En ce qui concerne la névirapine, le ministère de la santé a maintenu un *statu quo* avant d'obtenir les résultats d'un essai clinique mené à Gaborone, Lobatse et Molepolole par BHP et comparant différents régimes incluant la névirapine. Le partenariat entre le gouvernement botswanais et Boehringer Ingelheim ne fut conclu qu'après la décision du ministère de la Santé en 2003 d'inclure la névirapine dans le régime de PTME¹⁶³ (Druce et al. 2004, 21).

Le don de médicaments : un dispositif critiqué

Tandis que l'affrontement d'intérêts et de valeurs autour de la question des droits de propriété intellectuelle est toujours aussi intense sur la scène internationale, le Botswana échappe à ces tensions. Pour les fondations Gates et Merck, au-delà de l'enjeu moral et de santé publique, cet investissement vise à démontrer que l'accès aux soins est possible dans les conditions actuelles de la garantie des droits de propriété intellectuelle qui sont en cours de renégociation. Pour autant, cette modalité d'accès aux traitements, en forme de « privilège » (donation de médicaments), n'est pas encouragée par les organisations internationales comme l'OMS. En 1999, l'OMS avait publié des

¹⁶² Lorsqu'il ne fait pas l'objet d'un don ce médicament coûte plus de mille dollars par an par patient donc il est inaccessible pour les pays pauvres. Enfin, en ce qui concerne Atripla il s'agit d'une combinaison à dose fixe dont Merck détient le brevet avec Gilead et Bristol-Myers Squibb, Atripla n'a besoin d'être prise qu'une fois par jour, c'est donc un médicament qui implique une simplification de la prise et de la prescription. Source: <http://www.msfaaccess.org/main/access-patents/make-it-happen-campaign/introduction-to-drug-profiles/merck-co/> (15/11/2010).

¹⁶³ La Nevirapine n'est donnée par Boehringer Ingelheim que pour la PTME. Dans le cadre du programme national, c'est le gouvernement qui l'achète et ce médicament est très coûteux (Notes d'entretien Dr responsable du programme Masa, Gaborone, oct. 2009). Les laboratoires Abbott font don de leur test de dépistage rapide Determine®.

principes directeurs pour souligner les risques et difficultés des dons de médicaments et a formulé des mises en garde notamment à l'attention des bénéficiaires¹⁶⁴. Le don est en effet un acte qui est susceptible de répondre d'abord aux besoins du donateur plutôt qu'à ceux du bénéficiaire (écoulement de stocks par exemple). Probablement pour cette raison, ACHAP a été ignoré par le mouvement activiste transnational¹⁶⁵ dont les porte-paroles n'ont pas nié l'importance des fonds réunis dans ACHAP en particulier des médicaments (équivalant à de futurs patients sous traitement) mais se sont montrés hostiles au principe guidant cet arrangement direct entre un gouvernement et des fondations privées et reposant sur des dons. La modalité du don ne devait pas être privilégiée ; au contraire c'est le principe de prix négociés très bas et évoluant dans le cadre d'un marché était la garantie d'une baisse des prix grâce à la compétitivité induite par les productions de génériques. Les acteurs activistes insistaient sur le paradigme du marché qui était perçu comme le gage de baisse de prix et de la durabilité tandis que le laboratoire pharmaceutique allié à la fondation B. & M. Gates se montraient déterminés à protéger les droits de propriété intellectuelle dans le financement de la recherche et dans les programmes pour favoriser l'accès aux soins, y compris en concédant ce privilège de gratuité à un seul pays africain.

A un moment clé dans l'histoire de l'accès aux médicaments pour les malades du sida en Afrique, le Botswana est devenu un bénéficiaire privilégié de facilités d'accès aux médicaments. Son gouvernement a été choyé par les organisations membres de ACHAP qui ont réuni des fonds, de l'expertise technique et des médicaments gratuits pour que le pays réussisse la mise en œuvre de son programme national d'accès aux médicaments. J'ai à nouveau convoqué le cas brésilien afin de montrer que le Botswana a été un enjeu pour les acteurs pharmaceutiques et philanthropiques qui cherchaient à démontrer que l'accès aux médicaments dans les pays africains était possible sans modifier les règles juridiques et politiques de l'accès aux médicaments. Plus spécifiquement, en s'arrêtant sur le cas de l'efavirenz, un médicament essentiel des régimes de trithérapie en première intention, il devient évident que les mécanismes d'accès aux médicaments sont à géométrie variable selon le marché potentiel de consommateurs que représente le pays, les ressources économiques (Brésil) ou les retombées morales (cas du Botswana) qui sont attendues de l'une ou l'autre des stratégies.

¹⁶⁴ « Principes directeurs applicables aux dons de médicaments, Révision 1999 », OMS, Département OMS et médicaments essentiels, <http://apps.who.int/medicinedocs/en/d/Jwhozip53f/> (23/12/2010).

¹⁶⁵ Cela explique aussi le peu d'analyses critiques produites sur ACHAP car ce partenariat n'a pas été saisi par les activistes prônant les questions de santé publique contre la défense absolue de la propriété intellectuelle, par exemple le *Citizen Consumer Project* devenue *Knowledge Ecology International*.

Section 2. La multi-polarisation limitée des mécanismes de coopération internationale face au sida

Les politiques de coopération dans le domaine de la santé et en particulier face au sida ont été transformées par le déclin de la coopération traditionnelle (bilatérale, agences internationales comme l'OMS) et la concurrence de nouveaux acteurs, privés, pharmaceutiques nouant de nouveaux types d'alliances dans ce domaine. Tandis que les mécanismes de coopération traditionnels étaient en perte de vitesse, les financements internationaux sur le sida ont connu un accroissement exceptionnel à partir de 2001 avec la création du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme puis le plan du président George W. Bush pour le sida (PEPFAR). La physionomie de la coopération internationale face au VIH/sida au Botswana est empreinte de ces évolutions. En plus des financements provenant des acteurs philanthropiques et pharmaceutiques et du don de médicament, le gouvernement du Botswana bénéficie de ces deux nouvelles modalités de financement : le PEPFAR dès sa création en 2003, des financements du Fonds mondial qui lui sont octroyés à partir de 2004. Ces deux mécanismes ont enregistré des résultats distincts (réussite du PEPFAR contrastant avec l'échec du Fonds mondial) qui enseignent sur la configuration du financement international et de la conduite des politiques et sur les acteurs de la lutte contre le sida. Pour autant, alors qu'elle est indispensable dans la plupart des pays africains où la coopération multilatérale finance la majorité des programmes de lutte contre le sida, la multipolarisation de la lutte contre le sida est limitée au Botswana car l'État mobilise ses propres ressources.

Le Plan d'Urgence du Président des États-Unis pour le sida (PEPFAR)

Peu de temps après la création du Fonds mondial, le président des États-Unis George W. Bush a annoncé en janvier 2003 une vaste initiative pour le sida visant à distribuer 15 milliards de dollars à 15 pays pauvres choisis en Afrique et en Asie¹⁶⁶. Le choix du Botswana comme pays bénéficiaire s'est imposé dans la continuité d'une coopération historique entre le Botswana et les États-Unis et sur le sida avec la mise en place de BOTUSA en partenariat avec les Centers for Disease Control (CDC) en 1995. De même que le président Museveni, le président Festus Mogae était considéré comme l'archétype du leadership nécessaire à la lutte contre le sida en Afrique et il fut à ce titre invité à Washington¹⁶⁷. Les relations diplomatiques entre les États-Unis et le Botswana sont étroites en particulier dans le domaine de la coopération biomédicale. Pour autant, le Botswana n'est pas un « État pivot » comme peut l'être l'Ouganda pour la diplomatie américaine en Afrique. Lors des visites officielles dans le pays ce sont les parcs touristiques qui ont été la destination privilégiée des

¹⁶⁶ En ce qui concerne les pays bénéficiaires PEPFAR pour la période 2003-2009, 12 sont en Afrique subsaharienne (Botswana, Côte d'Ivoire, Ethiopie, Ouganda, Kenya, Mozambique, Namibie, Nigeria, Rwanda, Afrique du Sud, Tanzanie et Zambie); deux en Amérique Latine et dans les Caraïbes (Guyane, Haiti), et un en Asie (Vietnam).

¹⁶⁷ Conférence en novembre 2001 à Washington sous l'égide du *Center for Strategic and International Studies* (CSIS).

présidents des États-Unis. En visite officielle en mars 1998, les époux Clinton et leur fille avaient passé leur séjour à visiter les parcs nationaux et en juillet 2003, le président G. Bush avait effectué une visite de 6 heures à Gaborone (entre l'Afrique du Sud et l'Ouganda) puis une visite dans un parc. L'action de ce pays modèle face au sida a été soutenue de près et avec le PEPFAR a pris les contours d'une coopération intergouvernementale classique.

Les fonds du PEPFAR, qui se qualifiait de « plus importante initiative de santé publique au monde »¹⁶⁸, ont appuyé à la fois le gouvernement et une pluralité d'acteurs locaux botswanais et d'opérateurs étasuniens : les différents récipiendaires botswanais ont reçu 24,3 millions de dollars pour 2004 ; 51,6 millions en 2005 ; 54,9 millions en 2006 ; 76,2 millions en 2007 et 93,2 millions en 2008¹⁶⁹. La majorité des fonds attribués était destinée à des institutions nationales et bénéficièrent directement aux programmes gouvernementaux¹⁷⁰. Par exemple pour l'année 2007, le ministère de la santé a reçu 16 millions de dollars, les CDC ont reçu 6,3 millions de dollars et les centres de dépistage Tebelopele 4,1 millions de dollars. Afin de financer les politiques de lutte contre le sida, par exemple la formation des soignants, le PEPFAR a servi également à financer l'Université Harvard et le Botswana-Harvard Partnership (BHP), notamment la quasi-totalité du programme de formation des soignants KITSO¹⁷¹ élaboré par BHP.

Au Botswana, le PEPFAR servit à promouvoir et sécuriser les intérêts des États-Unis dans la lutte contre le sida. Sur le plan idéologique, l'octroi des financements fut marqué par une orientation faisant de la morale chrétienne un impératif de prévention. En particulier, 20% des fonds pour la prévention devaient être dédiés à des programmes de promotion de l'abstinence et de la fidélité. Tôt critiqué pour la promotion explicite de l'abstinence et le soutien aux associations religieuses, la mise en œuvre des financements PEPFAR a occasionné des « controverses » dans l'action publique face au sida comme en Ouganda autour de l'abstinence (Demange 2010) mais au Botswana, cette règle dans l'attribution des fonds n'a pas occasionné de débat public. Sur le plan économique et commercial, les fonds PEPFAR sont caractérisés par la défense de la propriété intellectuelle avec la fourniture exclusive de médicaments de marque et l'opposition aux génériques¹⁷².

¹⁶⁸ Site internet <http://www.pepfar.gov/> (7/9/11).

¹⁶⁹ Les fonds augmentent ensuite chaque année, entre 2004 et 2011, 556 millions de dollars ont été versés à des partenaires au Botswana. Source : <http://www.pepfar.gov/countries/botswana/> (7/9/11).

¹⁷⁰ Entretien Dr Sheperd, BOTUSA, Gaborone, 27/10/2008.

¹⁷¹ KITSO est l'acronyme de "Knowledge Innovation and Training Should Overcome", kitso signifie aussi « savoir » en setswana. Elise Carpenter a montré la dimension politique au cœur de la formation des soignants. Au début du programme deux approches pour la formation avaient coexisté dans un premier temps : celle de l'équipe Masa, formant les soignants sur site dans les cliniques rurales, avec des percepteurs (britanniques, canadiens, etc) infirmiers et médecins, transmettant des connaissances situées, s'adaptant à l'environnement et à ses contraintes. À Gaborone, les responsables de BHP offraient quant à eux un programme standardisé de formation, qui a été retenu comme formation exclusive à partir de 2003 et qui repose sur « un savoir décontextualisé, portable et universalisable » (Carpenter 2009).

¹⁷² Fin mars 2004 une réunion est organisée à Gaborone pour discuter des questions d'efficacité des Combinaisons Fixes de médicaments (produits par les producteurs de génériques et mettre en avant les risques et les incertitudes. Voir : <http://www.cptech.org/ip/health/aids/fdc/botswana.html>

Le Fonds mondial contre le sida, le paludisme et la tuberculose : un outil inadapté

Le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme est une organisation née en 2002 dans les suites immédiates de la Session spéciale de l'Assemblée générale des nations unies sur le VIH/sida en juin 2001 (UNGASS). Il rassemble les contributions des donateurs gouvernementaux et du secteur privé¹⁷³ et attribuent des budgets (*grants*) aux pays qui en font la demande par l'intermédiaire d'un mécanisme de coordination pays (CCM) qui doit réunir l'ensemble des acteurs impliqués dans la lutte contre les trois pandémies à l'échelle des pays. L'institution du fonds mondial repose sur la coordination entre la pluralité d'acteurs nationaux – plus exclusivement gouvernementaux – et pose comme principes cardinaux la transparence dans l'utilisation des fonds et la publication des comptes et des résultats.

Seulement deux *grants* ont été attribués au Botswana par le fonds mondial. Le premier, en 2004, était une aide financière destinée à soutenir les activités d'acteurs publics et associatifs, dans le cadre de la politique de prévention et d'accès aux médicaments contre le sida, le second concernait la lutte contre la tuberculose. A la fin de l'année 2006 le fonds mondial a décidé de sanctionner le pays en signalant que les rapports financiers n'avaient pas été fournis et les autorités du fonds ont demandé au gouvernement le remboursement des fonds qui n'avaient pas été dépensés. Ces fonds concernaient des budgets alloués aux ONG qui ont été accusées par l'agence de coordination (NACA) de ne pas avoir dépensé l'argent et de ne pas avoir rendu compte de leurs activités. Le coordinateur de NACA, Chris Molomo avait ainsi critiqué les ONG : « certaines de ces organisations n'ont pas les compétences en matière financière et de management »¹⁷⁴. Les ONG et autres associations avaient quant à elles rétorqué qu'elles avaient correctement utilisé leurs budgets mais qu'en revanche NACA avait échoué à rendre des comptes au fonds mondial. Il semble que cet échec, et la demande de remboursement montre la structuration institutionnelle et politique au Botswana s'avère inadaptée aux principes de fonctionnement du Fonds Mondial pour deux raisons principales: la première concerne les rapports de pouvoirs entre acteurs gouvernementaux et associatifs, la seconde est liée à l'économie politique de la lutte contre le sida dans laquelle l'investissement public demeure prééminent.

En ce qui concerne la première explication, l'échec de cette collaboration rend compte de la culture politique botswanaise et du fait que les acteurs nationaux aient refusé de se soumettre à la logique participative horizontale préconisée par le Fonds mondial. Avant d'octroyer des fonds, les instances du Fonds mondial souhaitent voir toutes les composantes de la société s'asseoir autour de la table et rédiger ensemble le projet de demande de soutien. Les autorités gouvernementales ne se sont pas pleinement soumises à cet exercice et ont privilégié l'instance du National AIDS Council dirigé par le président de la République pour l'élaboration des choix politiques et de stratégies. La mise en œuvre accélérée et déconcentrée des actions face au sida valorisée par le Fonds mondial n'a pas

¹⁷³ Les principaux contributeurs gouvernementaux sont les États-Unis (jusqu'à un tiers des contributions) ; le Royaume-Uni, l'Australie, etc., puis en ce qui concerne le secteur privé : la fondation B. & M. Gates.

¹⁷⁴ Voir « NACA only used half of money donated by Global Fund », *The Botswana Gazette*, 24-30 janvier 2007; "AIDS organizations may lose Global funding", *The Botswana Gazette*, 7-13 février 2007.

trouvé de résonance dans un processus participatif. Les autorités gouvernementales ont jugé trop importante la place accordée aux associations et aux acteurs non gouvernementaux dans ce processus et n'ont pas favorisé la convergence avec ces acteurs.

La seconde raison est d'ordre institutionnel et financier et confirme le poids de l'État botswanais dans la réponse face au sida. Le gouvernement n'avait probablement pas besoin de ces ressources car les fonds demandés sont venus se rajouter à ACHAP au moment où le gouvernement avait déjà consacré une part significative de son budget à la lutte contre le sida. Ces ressources émanaient directement de son « budget de développement », comme le rappelait la ministre de la santé:

Il faut rappeler qu'à ce moment [*début des années 2000*], les donateurs avaient quitté le Botswana qui était perçu comme un pays à revenu intermédiaire donc cela signifiait que le Président, qui était si engagé, a simplement dit on va budgétiser pour le VIH on va le mettre dans notre budget, les donateurs peuvent venir mais nous voulons budgétiser nous mêmes et on est devenu le premier pays en Afrique à mettre de l'argent [elle insiste en appuyant son doigt sur la table] et pas seulement, je veux dire..., notre budget a toujours été capable de financer 90% de nos programmes, oui, et 10% proviennent des donateurs qui nous aident car ils viennent avec de la technique (Retranscription d'entretien, Sheila Tlou, ex-ministre de la Santé, Gaborone, 30/9/2009).

Comme l'affirme avec emphase Sheila Tlou, ministre de la santé de 2004 à 2008, les financements internationaux sont venus s'ajouter à une politique qui demeurait avant tout du ressort du gouvernement et du budget national. L'investissement public a financé la majorité de la réponse à l'épidémie. Pendant cette période l'écart s'est creusé avec la majorité des pays d'Afrique subsaharienne pour lesquels les financements internationaux (en particulier du Fonds mondial) devenaient prépondérants, de l'ordre de 59% en moyenne avec d'importants écarts. Au Cameroun par exemple, l'aide internationale finançait 85% des dépenses totales de lutte contre le sida au milieu des années 2000 (Nkoa, Eboko, et Moatti 2010, 22) de même pour le Burkina Faso.

En effet, comme l'indique le tableau ci-dessous, entre 80 et 90% du total des dépenses publiques pour le sida était fourni par le gouvernement sur ses propres ressources. Les dépenses de santé ont représenté une part croissante du budget national. Exprimée en pourcentage du PNB la totalité des dépenses de santé a augmenté de 6,5% en 2000 à 9,2% en 2001 puis 10, 5% en 2002. Le ministère de la Santé absorbait 56% de ces dépenses (notamment pour le personnel et les hôpitaux), le ministère du gouvernement local 7,8% (cliniques et centres de santé au niveau des districts) puis venaient NACA (9,42%), le ministère de l'éducation (2,96%), et des agents privés (assurances maladie, foyers, ONG et entreprises privées).

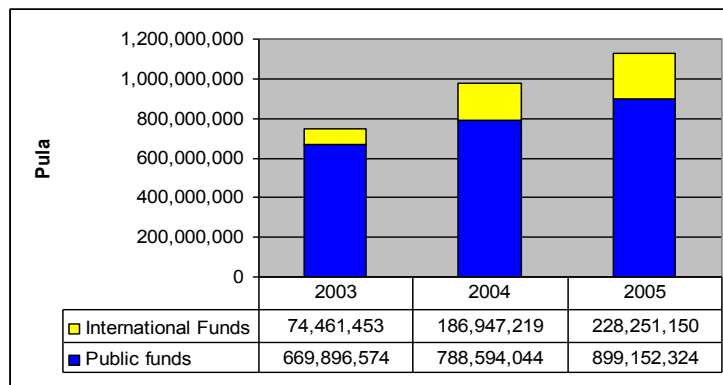


Figure 5. Financement de la lutte contre le sida (2003-2005)

Source: Botswana National AIDS Spending Assessment (NASA) 2003-20004 to 2005-2006, final draft, 26 septembre 2007.

Le budget du ministère de la santé pour 2004/2005 était de 1 milliard de Pulas dont 76.5 millions pour le VIH (7.5%) ; pour 2005/2006 : 1,3 milliards de pulas dont 55,3 millions pour le VIH (4,1%). Ces chiffres¹⁷⁵ excluait les coûts de personnel. Les agences internationales contribuaient donc modestement aux dépenses de santé¹⁷⁶ en raison de ce processus d'intégration de la lutte contre le VIH/sida au cœur de la politique de développement national. Au début des années 2000 la « capacité absorptive » limitée du pays a été mise en question : des contraintes d'infrastructures et de ressources humaines ont empêché le pays d'absorber (dépenser) les fonds de coopération. Cette question s'était posée dans les mêmes termes pour ACHAP : le gouvernement n'avait pas réussi à dépenser en temps voulu les fonds octroyés par ACHAP. Sur les 100 millions de dollars, « seulement » 55 millions ont été dépensés fin 2005¹⁷⁷. Le pays, bien que sévèrement touché par le sida, ne pouvait « absorber » trop de financements : son territoire, les acteurs de la lutte contre le sida et la population n'étaient pas assez nombreux.

Le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme était un instrument de coopération nouveau, qui exigeait la mise en place d'une structure et d'un fonctionnement particulièrement transparents ; un mode de gestion reposant sur la mobilisation de compétences spécifiques dans les pays bénéficiaires¹⁷⁸. Ce ne sont pas ces compétences (administratives, techniques) qui faisaient défaut au Botswana mais plutôt deux autres obstacles fondamentaux. En

¹⁷⁵ Voir Daily News, 1er décembre 2005.

¹⁷⁶ Voir la rubrique « Health financing » dans le document « Country cooperation strategy: Botswana », World Health Organisation, 2009, 2 p.

¹⁷⁷ Document B. & M. Gates Foundation, « Working with Botswana to confront the AIDS crisis », June 2006, <http://www.gatesfoundation.org/learning/Documents/ACHAP.pdf> (7/9/11).

¹⁷⁸ Une évaluation à cinq ans des programmes et la gouvernance du Fonds mondial a montré que les fonds distribués n'ont pas été directement liés à l'ampleur des épidémies mais plutôt à la capacité des États à mobiliser les types de capacités et de compétences pour mettre en place. Des pays « chéris » du Fonds mondial se sont ainsi distingués comme la Zambie, le Mozambique, l'Ouganda car ils ont appris à être performants et à montrer leur performance (Kerouedan 2010).

premier lieu le fait que le Botswana n'avait pas fondamentalement besoin du Fonds mondial car l'État s'était engagé à financer la lutte contre le sida avec ses propres ressources financières. En second lieu, le Fonds mondial s'est avéré inadapté à l'action publique au Botswana car les organisations communautaires et associations qui ne participent habituellement qu'à la marge se voient attribuer un rôle important dans les négociations et les propositions soumises au Fonds mondial, ce qui a occasionné des blocages.

En revanche, le PEPFAR se met en place en osmose avec le mode de fonctionnement de la coopération internationale au Botswana, fortement bi-latéralisée avec un rôle important tenu historiquement par les États-Unis. Le PEPFAR constitue une manne de financement qui bénéficie à des acteurs d'ores et déjà présents et engagés (Harvard, associations communautaires) sans demander à l'État botswanais l'effort de concertation et de consensus exigé par le Fonds mondial.

Conclusion du chapitre 3

Dans ses modalités de partenariat avec les organisations internationales, les acteurs philanthropiques et pharmaceutiques, l'État botswanais bénéficie de sa légitimité démocratique, de ses caractéristiques démographiques et de sa stabilité institutionnelle et politique. Au moment de ce tournant vers l'accès aux médicaments, le fait d'être touché par l'une des épidémies les plus sévères au monde devient un critère en sa faveur. L'État bénéficie avec ACHAP d'une forme privilégiée de coopération en raison de la conjonction entre la sévérité de l'épidémie de sida et son économie politique « crédible » qui lui permet de bénéficier de ressources financières, humaines et matérielles en vue de la distribution de médicaments. Le pays a accès à des ressources (ACHAP et PEPFAR) car il est en mesure d'apporter la preuve d'importantes ressources existantes. C'est la présence d'un État fort dans la régulation sociale et économique qui justifie le choix du Botswana. Ce pays n'a pas laissé s'éroder le contrôle étatique des ressources et de l'économie (par des programmes d'ajustement structurel notamment), n'a pas privatisé les services publics et délégué ses tâches aux ONG et associations humanitaires. L'État a maintenu ses fonctions d'administration de la population et s'est consolidé comme un site d'investissement potentiel. Ce nouveau type de coopération se fonde dans un fonctionnement institutionnel habitué à recourir à l'expertise étrangère et à faire coexister le public et le privé dans la gestion des affaires publiques. Avec la contribution de la Fondation B. & M. Gates et de la compagnie pharmaceutique Merck, ACHAP est un dispositif de coopération qui repose sur l'élimination du risque de l'inefficacité de l'État africain qui jouait jusqu'alors comme repoussoir pour l'intervention occidentale. Le Botswana est choisi pour ces raisons, et ACHAP est une prime à l'efficacité étatique, une somme d'argent colossale à disposition de l'État qui en dispose selon des mécanismes de suivi moins précis ou transparents que ceux du Fonds mondial ou du PEPFAR.

Les programmes de coopération dont l'État bénéficie dessinent une configuration singulière car il est le destinataire des différents types d'acteurs et d'instruments : acteurs pharmaceutiques, partenariat public-privé tels qu'ils apparaissent à cette période. Le gouvernement botswanais

bénéficie également des nouvelles modalités de la coopération internationale : à la fois des financements tels que le Fonds mondial et le PEPFAR, mais à la marge. Son processus participatif s'oppose à la présidentialisation de la lutte contre le sida (ailleurs cela est compatible). De plus, ces financements sont octroyés après que ACHAP se soit mis en place et que le gouvernement ait été assuré d'obtenir des médicaments, ce qui a engendré des problèmes de capacité absorptive. La contribution du Fonds mondial n'était donc pas vitale, pour acheter des médicaments comme elle l'était pour de nombreux pays africains. Enfin le plan PEPFAR s'agence étroitement au cœur des programmes de lutte contre le sida notamment car ses fonds visent à financer des acteurs déjà présents tels que le Harvard AIDS Institute ou le partenariat avec les CDC. Si le Botswana a pu bénéficier de ce partenariat ACHAP c'est précisément en raison des intérêts d'un acteur présent dès 1996 aux côtés du gouvernement : l'École de santé publique de Harvard dont l'implication sera retracée dans la partie suivante qui propose d'analyser le rôle des acteurs biomédicaux dans la réponse face au sida au Botswana.

Conclusion de la première partie

La genèse de la santé publique au Botswana a été réinscrite dans une temporalité historique relativement longue, remontant au 19^e siècle afin d'observer les étapes de constitution d'un pouvoir politique bienveillant, ayant placé le bien-être collectif comme une priorité pour le développement économique et la construction nationale. Cette approche sociohistorique de la santé publique a permis d'entrevoir le point de basculement « biopolitique » d'un pouvoir qui a été de plus en plus préoccupé par l'administration de la population, au moyen de dispositifs de recensement, d'évaluation de l'espérance de vie, etc. tout en se préoccupant de sa dimension « pastorale ».

La dimension pastorale du pouvoir sur la santé s'explique en premier lieu par son ancrage missionnaire. Les différentes dénominations missionnaires présentes sur le territoire botswanais depuis ont toutes proposé des services médicaux, d'abord de façon isolée, individuelle, puis dans le cadre de dispensaires et d'hôpitaux. A côté des activités d'évangélisation, la pratique de la médecine a rendu possible des échanges et des dialogues entre les missionnaires, la population et les chefs locaux. Avec ceux-ci en particulier s'étaient engagés des dialogues féconds qui ont conduit à l'adoption de la religion chrétienne notamment par les chefs Ngwato. La proximité du pouvoir politique avec les missionnaires, et en particulier la London Missionary Society s'est maintenue jusqu'à l'avènement du pouvoir indépendant.

Ensuite, c'est autour de la figure paternelle de Seretse Khama, héritier du trône Ngwato que le pouvoir devient indépendant. Seretse Khama fut condamné à l'exil par le pouvoir colonial britannique car il avait épousé une femme blanche. Sa résistance face à la condamnation d'un mariage « interracial » et son engagement politique dans le processus qui conduit à l'indépendance lui fit gagner une légitimité politique qui l'amena à conduire la nation vers l'indépendance. Avec son épouse à ses côtés, le couple incarna une bienveillance qui s'agençait à l'édification d'un État développementaliste, attelé à la construction des institutions indépendantes, de l'économie nationale et d'une société dont les conditions de vie étaient vouées à s'améliorer. Aussi, la santé de la population, tout comme son éducation, furent-elles conçues comme des priorités de l'État indépendant. Grâce aux succès économiques liés à l'extraction de diamants et à une politique de redistribution de ces revenus, un système de santé à base hospitalière et engagé dans une approche de soins de santé primaire est parvenu à un degré d'efficacité notable dans les années 1980.

Le processus de construction nationale et la trajectoire d'un État développementaliste permettent de comprendre la prise en compte de la menace plurielle, totale, représentée par l'épidémie de sida au tournant des années 1990-2000. Le travail d'évaluation épidémiologique, de mesure de l'impact économique et social, l'importance du discours présidentiel ont été autant de façons de donner du sens à la lutte contre le sida. En particulier, face au désastre sanitaire lié au sida, le président de la République a personnifié la mobilisation nationale en promettant à la population l'arrivée prochaine des médicaments a profondément engagé un État qui se présentait, à la fin des

années 1990 dans les meilleures dispositions pour accéder aux médicaments. Une configuration singulière se met en place afin de l'y aider : l'État botswanais bénéficie d'une panoplie d'initiatives mises en place par les acteurs publics et privés, nouveaux ou plus anciens face au sida (des coopérations bilatérales aux nouveaux mécanismes de financement comme le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme et le plan PEPFAR). Parmi ces acteurs, l'industrie pharmaceutique tente de reconstruire son image par des programmes de coopération et de dons de médicaments qu'elle propose au gouvernement du Botswana. Je n'ai à cet égard par retenu la qualification d'État activiste car en croisant la dynamique politique et institutionnelle pour l'accès aux médicaments au Botswana avec l'expérience du Brésil, il est apparu que le pouvoir d'intervention de l'État au Botswana se manifestait plus dans ce qu'il était à un moment donné (un pays choisi pour bénéficier d'actions philanthropiques) plus qu'un État – dans une synergie entre institutions et société civile – mobilisé dans une lutte politique, juridique et commerciale avec les compagnies pharmaceutiques.

La centralité du médicament qui se profile dans les politiques d'accès aux soins exige maintenant d'étudier de façon approfondie cette articulation entre l'espace politique national de la santé publique et les transformations internationales voire globales notamment dans le domaine biomédical. La compréhension de l'accès aux médicaments antirétroviraux bénéficiera d'une recherche des origines de ces transformations des politiques de santé internationale. Avant d'être produit et commercialisé, le médicament fait l'objet de recherches cliniques menées sur des humains. Toutes ces étapes sont marquées par des acteurs et un contexte spécifique, et sont investies par des valeurs et des intérêts (Van der Geest, Whyte, et Hardon 1996). C'est sur cette « science pharmaceuticalisée » (Petryna, Lakoff, et Kleinman 2006), sur les intérêts scientifiques, économiques et symboliques liés aux antirétroviraux en Afrique et ses enjeux éthiques et politiques que se penche la partie suivante.

DEUXIEME PARTIE : RECHERCHE
BIOMEDICALE ET POLITIQUE DE SANTE
PUBLIQUE FACE AU SIDA

La disponibilité des médicaments antirétroviraux au Botswana a été rendue possible par l'implication de nouveaux acteurs de la coopération internationale dans le domaine du VIH/sida : acteurs pharmaceutiques, fondations philanthropiques. Ces médicaments sont aussi l'aboutissement d'une série de transformations liées à la place centrale des enjeux scientifiques dans les politiques de santé publique face au sida. Pour saisir l'ampleur de ces transformations, je me suis intéressée aux prémices de l'intervention biomédicale telles que développées dans le cadre d'une collaboration entre l'école de santé publique de Harvard et le gouvernement du Botswana depuis des activités de recherche virologique menées à Gaborone au milieu des années 1990 jusqu'à l'accès aux médicaments en 2001-2002. Le « partenariat Botswana-Harvard » a eu un rôle décisif pour accompagner la politique de santé publique en construisant des liens étroits avec les élites politiques et les responsables sanitaires et en jalonnant les étapes qui ont conduit à la politique de santé publique étudiée dans la thèse. En retraçant les étapes de cette coopération, je souhaite observer les modalités d'intervention et les intérêts des acteurs scientifiques jusqu'à l'accès aux médicaments.

Les enjeux scientifiques, qui ont façonné l'histoire politique de la lutte contre le sida dans les pays du Nord ont eu également un rôle central dans les pays du Sud (Fassin 2003a) en particulier en Afrique, continent tôt désigné comme le berceau du sida et sa « terre d'élection » (Dozon et Fassin 1989). Surtout, le continent a vu converger des chercheurs et des médecins étudiant le virus africain (et la grande variété de sous-types) et ses patients. L'ampleur prise par la recherche biomédicale sur le sida, en l'absence d'accès aux soins pour tous, a engagé des auteurs comme A. Petryna (2009) V.-K. Nguyen (2009) et R. Rottenburg (2009) à analyser l'accès aux médicaments dans les pays du Sud comme une entreprise expérimentale dans laquelle l'intervention est menée en vue d'apporter les preuves de sa validité.

Le rôle de la recherche clinique dans le processus qui conduit à l'accès aux ARV en Afrique doit-il automatiquement conduire à envisager le programme national ARV comme un dispositif expérimental ? L'expérimentation est-il un concept utile pour rendre compte de cette configuration ? Tout en retenant son caractère heuristique dans une approche comparative et historicisée, je montrerai que le champ d'opportunités ouvert par cette configuration doit être analysé comme un « site attractif » pour l'intervention internationale. La notion d'attractivité pourrait être saisie pour la réciprocité qu'elle réintroduit dans les intérêts des acteurs (économiques, politiques, symboliques). Avant de montrer l'usage que j'en propose, il faut en premier lieu réinscrire la lutte contre le sida et les médicaments dans une trame historique et scientifique.

Le VIH/sida, une histoire politique de la science

L'histoire du sida est aussi bien sanitaire, scientifique que politique, exposant tout autant les chercheurs et les médecins que les responsables politiques, face à des patients refusant la fatalité de

la mort et mobilisés pour l'accès aux médicaments. L'histoire du VIH/sida a été jalonnée par la médiatisation des découvertes scientifiques, la compétition internationale entre chercheurs, de violentes controverses scientifiques comme en Afrique du Sud (Fassin 2003a; Fassin et Schneider 2003), mais également, depuis les premières années, la lutte des patients pour l'accès aux innovations médicales (Epstein 1996) et en particulier la participation aux essais cliniques. Dans les premières années de l'épidémie, les associations de malades ont lutté pour participer aux essais cliniques, leur seul espoir de traitement, et ils ont demandé de pouvoir bénéficier des traitements expérimentaux, non encore mis sur le marché, dont l'efficacité n'était pas prouvée, et qui avaient de nombreux effets secondaires. Le VIH et la mise au point des molécules antirétrovirales sont survenus à une période marquée par la consécration de l'essai clinique comme méthode d'administration des preuves¹⁷⁹ (*Evidence-Based Medicine*), supposant que de plus en plus de sujets humains soient soumis à l'expérimentation biomédicale afin d'évaluer l'innocuité et l'efficacité des traitements.

En 1987 l'AZT (zidovudine) fut la première molécule antirétrovirale mise au point (comportant des toxicités) et il faut attendre 1992 pour que la seconde molécule, le DDI (didanosine) vienne constituer une bi-thérapie face au virus. En 1995 la troisième classe de médicaments (les antiprotéases) est mise au point puis, en 1996, la thérapie antirétrovirale hautement active (HAART) associant trois molécules efficaces pour lutter contre le développement du virus et obtenir une diminution maximale de la charge virale est annoncée lors de la conférence internationale sur le sida de Vancouver et contribua à révolutionner la prise en charge des patients séropositifs. Mais cela ne fut une réalité que pour les pays riches qui pouvaient acheter les médicaments dont les prix étaient exorbitants et dont les systèmes de santé n'étaient pas en mesure d'assurer la distribution équitable et contrôlée. L'accès aux médicaments se dessina pour l'Afrique, dans la seconde moitié des années 1990, dans une période marquée par des essais cliniques controversés, et dans le cadre d'une surveillance accrue, par l'essai clinique, de l'efficacité des antirétroviraux parmi les patients africains. Pourquoi l'accès fut-il si tardif ? Et pourquoi, alors que les médicaments efficaces existaient, l'accès se fit-il dans ce cadre ?

Au Sud, où se trouvaient la majorité des malades – en 1996, l'Afrique subsaharienne comptait déjà plus de 70% des personnes séropositives au monde – les États étaient dans l'incapacité financière d'acheter ces médicaments et la communauté internationale était réticente à les aider directement en ce sens. Les systèmes de santé étaient jugés insuffisamment dotés et structurés pour permettre de surveiller selon les standards scientifiques reconnus au Nord (la mesure des CD4 et de la charge virale) la distribution des médicaments, et des doutes furent émis sur la capacité des patients africains à suivre ce traitement qu'il faut prendre à heure fixe. La communauté biomédicale

¹⁷⁹ Les essais cliniques se sont imposés dans la seconde moitié du 20^e siècle aux États-Unis sous la pression d'un groupe de « réformateurs thérapeutiques » qui souhaitaient mieux contrôler les usages des médicaments dont le développement était en plein essor (Marks 2000). Sur la base des principes de la méthode expérimentale, et avec le développement des outils statistiques, l'essai clinique a été randomisé constitué autour de deux groupes de sujets : un groupe qui reçoit le traitement soumis à l'expérimentation et groupe témoin ou groupe contrôle qui reçoit le traitement de référence. En l'absence de traitement de référence, l'un de ces groupes est un groupe placebo auquel un produit inactif est délivré. Dans les essais cliniques conduits en double aveugle, ni le patient ni l'investigateur principal de l'essai clinique ne savent à quel bras les sujets ont été assignés : c'est désormais le « gold standard » des essais cliniques.

internationale redoutait les risques de développement de virus résistants en cas de mauvaise observance à ces traitements ; la hantise d'un virus mutant (qui finirait par revenir menacer les pays du Nord) concourra à ralentir les efforts internationaux pour l'accès aux médicaments.

Sciences et sida en Afrique

Les pays africains ont été tôt au cœur des développements scientifiques face au sida, qu'il s'agisse des sciences biologiques et médicales ou des sciences humaines. Dès le début des années 1980, médecins, virologues et épidémiologistes occidentaux y ont convergé pour étudier les patients victimes du sida. À l'hôpital Mama Yemo à Kinshasa, l'hôpital Mulago à Kampala ou d'autres hôpitaux des médecins africains coopéraient avec des médecins français, belges, etc. afin de mettre en évidence les caractéristiques cliniques de l'infection en Afrique et d'en évaluer l'étendue sur le plan épidémiologique. Des échantillons étaient prélevés et analysés dans les laboratoires européens puis aux États-Unis afin d'en discerner les spécificités et d'en déceler les indices d'une présence ancienne. Les virologues ont étudié les caractéristiques distinctes des souches virales en Afrique centrale, et contribué à la théorie de l'origine africaine du virus. Le continent africain est devenu tout à la fois la terre d'élection du VIH (l'infection y progressait rapidement) et sa terre d'origine (Dozon et Fassin 1989). Face à ces assignations, les États africains dépourvus de moyens efficaces de lutte, sur le plan financier, médical ou politique, réagirent par des attitudes de dénégaration de l'ampleur de l'infection voire de déni politique (Dozon et Fassin 1989; Fassin 1994).

De leur côté, les anthropologues interpellés par les sciences biomédicales pour expliquer la propagation du VIH ont mobilisé des arguments culturalistes qui validaient une explication de l'épidémie en Afrique en termes de comportements (sexuels) et de croyances, qui ont longtemps occulté les analyses en économie politique de la santé (Packard et Epstein 1991) portant sur les inégalités sociales (Fassin 2003b) et la violence structurelle (Farmer 2006), des approches qui sont plus déstabilisatrices pour les pouvoirs en place. Le caractère éminemment politique de la science du sida en Afrique a continué de mettre en jeu la cohabitation complexe des chercheurs biomédicaux et en sciences sociales aux côtés des patients (Vidal 1996) en particulier en l'absence de traitements. Par exemple, le secret autour de la séropositivité des malades de la part des médecins et des responsables politiques appelait une nécessaire implication pour les chercheurs en sciences sociales afin de dévoiler les enjeux de pouvoir et de domination dans l'inégal accès aux soins (Benoist et Desclaux 1996; Fassin 1999a).

Ainsi, tout en détenant les clés d'élucidation de l'étiologie virale du sida, l'Afrique mettait à disposition différents sites d'observation scientifique de l'évolution de la maladie et de sa prise en charge en l'absence d'accès aux innovations thérapeutiques. Si le contexte d'absence de traitements ne varie guère jusqu'à la fin des années 1990 en revanche celui des essais cliniques évolue. Plusieurs essais y sont conduits dans les hôpitaux afin d'évaluer des formulations plus accessibles sur le plan financier et plus faciles à administrer, c'est-à-dire des combinaisons thérapeutiques qui soient à la fois moins dosées mais tout aussi efficaces pour les patients africains.

Ethique biomédicale et accès aux soins dans les pays pauvres

En 1997, Peter Lurie et Sydney Wolfe de l'ONG *Public Citizen* ouvrent un débat sur l'éthique de la recherche médicale dans les pays pauvres. Alors que l'essai ACTG076 mené en Europe et en Amérique du Nord avait démontré l'efficacité de l'AZT pour prévenir la transmission du VIH de la mère à l'enfant, des essais cliniques sont conduits à partir de 1994 dans plusieurs pays africains et en Thaïlande pour tenter d'évaluer la « dose minimale effective ». Le coût du médicament demeurait en effet trop élevé, il s'agissait donc pour les chercheurs d'évaluer la possibilité d'une dose plus faible, qui dans un contexte de ressources rares, serait à même de prévenir efficacement la transmission du VIH. Cet objectif était en soi discutable (il eut été préférable d'œuvrer à la baisse des prix des médicaments) mais ce n'est pas ce que ces critiques visaient principalement. Les critiques dénonçaient le fait que ces recherches soient menées contre « placebo » c'est-à-dire en présence d'un groupe de femmes enceintes auxquelles il n'était rien donné, pas même de l'AZT alors que ce médicament existait (au Nord) et était efficace¹⁸⁰. Les promoteurs des essais avaient justifié l'existence d'un groupe placebo par l'indisponibilité locale de l'AZT en prophylaxie pour les femmes enceintes séropositives dans le système de santé, en concluant que c'était le « standard de soin ». Les critiques adressées aux organismes finançant ces recherches ont qualifié le maintien de ce groupe « placebo » comme criminel, établissant une corrélation avec les heures sombres de la recherche biomédicale notamment celle de Tuckess sur la syphilis dans les années 1930 et jusqu'aux années 1970 aux États-Unis¹⁸¹. Dans plusieurs pays africains, les chercheurs et les cliniciens tentaient d'invalider ces critiques « paternalistes » qui mettaient fin à leurs espoirs thérapeutiques (des combinaisons de traitements efficaces et abordables). Ils critiquaient l'« impérialisme éthique » de l'éthique de la recherche biomédicale ignorant les conditions sociales et économiques des populations (Crane 2010a, 855). Du reste, d'autres chercheurs ont critiqué l'inégal accès aux soins plutôt que le non-respect d'une éthique à prétention universelle qui avait d'ailleurs pour conséquence de « détourner » le débat, surestimant les questions d'éthiques par rapport aux enjeux de santé publique (Anglaret et Msellati 2003).

Ce débat international (qui reprendra autour de l'essai sur la névirapine en dose unique « HIVNET 012 » en Ouganda au début des années 2000¹⁸²) a marqué l'évolution du rôle des chercheurs dans l'accès aux soins, notamment en les engageant à clarifier leur politique. La démarche de l'école de santé publique de Harvard (HSPH) que j'étudierai dans le premier chapitre de cette partie s'inscrit dans ce débat. Dans une lettre adressée à la secrétaire d'État à la Santé des États-Unis, Donna Shalala en octobre 1997, pour plaider l'arrêt immédiat de ce type d'essai financé par les

¹⁸⁰ Pour plus de détails sur cette controverse, voir Fassin 2007 ; Wendland 2008 et Crane 2010a.

¹⁸¹ Malgré la découverte de l'efficacité de la pénicilline dans le traitement de la syphilis en cours d'étude, des Noirs pauvres ont continué à être inclus dans un essai de santé publique, en Alabama qui consistait à observer l'évolution de la maladie.

¹⁸² L'essai HIVNET 012, conduit entre 1997 et 1999 en Ouganda par l'université Johns Hopkins (Laura Guay), était un essai clinique randomisé qui comparait l'efficacité de régimes courts (zidovudine et névirapine) pour prévenir la transmission du VIH de la mère à l'enfant. L'efficacité de la névirapine et son coût réduit ont été mis en avant mais les critiques ont souligné les toxicités liées à la névirapine (hépatiques notamment) et les risques de résistances pour un traitement antirétroviral pris ultérieurement par la mère.

agences de recherche américaines, S. Wolfe et P. Lurie mentionnaient des Universités qui avaient arrêté de conduire de tels essais parmi lesquelles Harvard. Le président du comité d'éthique de Harvard avait effectivement qualifié de non éthique l'existence d'un groupe placebo et avait refusé d'autoriser ses chercheurs à mener le type d'étude promue par le NIH. L'essai clinique mené en Thaïlande par le HSPH (M. Lallémant) était le seul parmi les essais recensés, à ne comporter aucun groupe placebo¹⁸³. Pour savoir si cette inscription dans le débat ressort d'un engagement politique et idéologique ou bien plutôt d'une expérience située et pragmatique, il faudra la replacer dans la coopération avec le gouvernement botswanais qui, de son côté, recherchait activement les moyens d'accéder aux médicaments.

A la suite de ces débats virulents dans le domaine de l'éthique des essais cliniques menés en Afrique, le HSPH ne put commencer l'étude Hope financée par le laboratoire Bristol Myers Squibb et visant à étudier différentes combinaisons d'ARV. Les chercheurs se trouvaient devant une impasse, tant que n'était pas garantie un « standard de soin » pour les patients c'est-à-dire que l'essai ne constituait pas une population qui bénéficierait d'antirétroviraux alors que le reste de la population en serait privée. Il leur fallait s'assurer que les patients auraient accès à des traitements équivalents dans le secteur public une fois l'essai terminé. Aussi, les chercheurs de Harvard ont-ils contribué à l'accélération de la mise en œuvre du programme national. Cette étape a constitué une phase pilote à la fois de l'étude biomédicale et du programme d'accès aux ARV, conduite en étroite collaboration avec les responsables nationaux de santé publique, autour d'une éminente personnalité de la santé publique botswanaise, le Dr Moffat, directeur de l'hôpital Princess Marina à Gaborone, qui se chargea de cette étape cruciale. Le principal investigateur de l'étude le rappelle ainsi :

En mars-avril 2001 ou mai-juin Merck et Gates arrivent et toutes les discussions et Dr Moffat nous dit "Ne voudriez vous pas commencer le programme national (*"Will you guys want to start the National Program?"*)". On a répondu « bien-sûr » et je pense qu'on a officiellement pas commencé avant janvier 2002 le programme national mais on avait alors clairement beaucoup de systèmes en place avec le laboratoire, on formait déjà des médecins, des infirmières, des pharmaciens (...) c'était vraiment une période enthousiasmante (Retranscription d'entretien Dr Brown, Gaborone, 24/1/2008).

Cet extrait d'entretien résume l'épisode sur lequel je reviendrai et qui illustre un tournant dans la politique scientifique de Harvard et pour la politique de santé publique au Botswana. En mentionnant cette « période enthousiasmante », Dr Brown désignait l'ampleur des évolutions politiques et éthiques au cœur du partenariat Botswana-Harvard, entre une période passée fructueuse (« on avait alors clairement beaucoup de systèmes en place ») et un avenir représenté par un champ d'opportunités s'ouvrant à eux en tant que médecins et chercheurs, avec l'éventail de projets qui pourraient être menés.

Les années 2000-2001 ont en effet représenté un tournant thérapeutique et scientifique que l'histoire de Harvard au Botswana met en évidence. Après avoir cherché à prouver l'origine africaine du virus et la spécificité du VIH 1-C présent en Afrique australe (années 1980-1990), puis développé des infrastructures de laboratoire et des capacités de recherche (années 1990) et surveillé les

¹⁸³ Letter to Donna Shalala from Sidney M. Wolfe and Peter Lurie, 23 octobre 1997, consultée dans les archives électroniques du journaliste Jon Cohen, voir <http://quod.lib.umich.edu/c/cohen/aid5/> (12/5/11).

résultats biologiques des premiers patients mis sous traitements (à partir de 2001), les cliniciens chercheurs ont inauguré l'ère des antirétroviraux. Ces évolutions ont marqué une transformation dans la sociologie des acteurs du soin et de la recherche à Gaborone, avec le rôle croissant des partenariats biomédicaux (avec le Harvard AIDS Institute, University of Pennsylvania School of Medicine, Baylor International Paediatric AIDS Initiative, etc) et de nouvelles opportunités, pour tout un ensemble de professionnels occidentaux venant pratiquer la médecine et/ou effectuer une enquête sur le sida ou les antirétroviraux. Pour plusieurs auteurs, cette accélération de la recherche biomédicale est liée à une logique d'expérimentation et qui se déroule au prix d'une application variable des règles éthiques (Petryna 2005a).

De l'expérimentation à l'attraction

Il convient tout d'abord de préciser que l'expérimentation est une notion générale qui est souvent utilisée à des fins polémique ou de dénonciation des pratiques des compagnies pharmaceutiques profitant des inégalités mondiales pour tester leurs médicaments sur les populations africaines (Chippaux 2005). Ce n'est pas à cet usage que je fais référence. En revanche, il convient de revenir à son acception dans le domaine des sciences de la vie. L'expérimentation est une référence directe au développement des sciences biologiques (Bernard 1865) puis son extension à la médecine et la biomédecine (« Evidence Based Medicine »). Le mot désigne la méthode scientifique marquée par le recours systématique à l'expérience et l'observation contrôlée afin de vérifier des hypothèses. La notion d'expérimentation a été utilisée en sciences sociales, et notamment en ce qui concerne l'Afrique, l'idée d'expérimentation tout comme la métaphore de l'Afrique laboratoire (de médicaments, de politiques publiques, d'urbanisation) a été mobilisée pour qualifier les pratiques et logiques de la médecine coloniale. La métaphore du laboratoire a également été utilisée par des historiens pour désigner le rôle qu'eut le continent africain à certaines périodes historiques pendant lesquelles des populations ont été intensivement étudiées dans le cadre d'expérimentations biomédicales et également sur le plan des sciences de l'homme (Lachenal 2010; Tilley 2011). D'après Adriana Petryna, l'extension au Sud des essais cliniques est due à la saturation des populations du Nord et leur transposition pose au sud des questions éthiques concernant l'accès aux soins dans ces pays. A. Petryna pose deux questions en particulier qui m'intéressent dans cette partie: le lien entre la recherche clinique et l'accès aux soins d'une part ; l'existence de sites attractifs, sous-jacente à l'ensemble de sa démonstration mais qu'elle ne définit pas systématiquement, d'autre part.

En ce qui concerne l'accès aux soins, le travail d'A. Petryna consistait à analyser le mouvement des essais cliniques vers les pays du Sud, au prix d'une « variabilité éthique » afin de recruter des populations « naïves » de traitements. Variabilité éthique car, généralement, dans ces pays l'accès aux soins n'est pas assuré par les États qui étaient défaillants. Pour ces populations, la participation aux essais cliniques compensait ce manque. Dans ce cadre A. Petryna propose le concept d'expérimentalité (néologisme qui est une référence à la gouvernementalité proposée par Foucault, donc à la manière dont les populations s'administrent et se soignent par la recherche médicale) et qui consiste à entrevoir les frontières floues entre l'essai clinique et le soin médical, dans lesquelles les populations soumettent leur vie biologique à l'expérimentation pour pouvoir accéder à

des droits sociaux (dont les soins de santé). L'expérimentalité sous-entend l'incapacité de l'État à fournir des soins. Il s'agira donc de se demander si l'on peut considérer l'accès aux ARV qui se met en place en Afrique avec les moyens humains, matériels, etc. de la recherche clinique, comme un dispositif expérimental. Après avoir montré dans le chapitre 4, grâce à la généalogie de l'intervention du HSPH au Botswana comment les intérêts scientifiques et politiques se renégocient autour des enjeux de santé publique tels que les médicaments ARV, je serais amenée à proposer un usage contrôlé de cette métaphore. Du reste, le laboratoire, ou le champ d'expérimentation, suggèrent des dynamiques extérieures surplombantes qui ne permettent pas de rendre compte de l'imbrication avec les enjeux sociaux, politiques et économiques locaux. L'enjeu théorique du chapitre 5 sera d'évaluer la pertinence de cette notion pour l'appliquer au rôle de la recherche biomédicale dans les programmes de santé publique au Botswana et proposer le concept d'attractivité. Plus adapté à la réciprocité des intérêts en jeu, au caractère tout à la fois politique, scientifique mais également économique et symbolique de la configuration d'acteurs face au sida, l'attractivité permet l'analyse des opportunités et des inquiétudes autour de la recherche sur le sida.

En effet, la seconde question soulevée par l'étude de Petryna concerne la notion de « sites attractifs », mentionnée à plusieurs reprises dans « When Experiments Travel », au sujet de la Pologne ou du Brésil. Dans ces pays, la force de travail bien formée et le marché pharmaceutique en expansion tout comme l'environnement économique (*business-friendly*) en ont fait des « destinations attractives » pour les essais cliniques. La République Tchèque est décrite par l'un des interlocuteurs de l'auteure comme un site choisi car : « il y avait un bon réservoir de population en termes d'indicateurs médicaux, à la fois maladies chroniques et aiguës, la population n'était pas traitée avec les remèdes disponibles à l'Ouest donc c'était attractif » (Petryna 2009, 17). En quoi consiste le fait de se constituer ou d'être constitué en site attractif ? S'agit-il uniquement de critères biologiques et de naïveté comme dans cet extrait ? Quel est le poids des questions de faisabilité et d'accessibilité dans la géographie de la recherche médicale ? Quel est le rôle des acteurs locaux pour susciter ou contester l'intervention ? Comment les responsables politiques s'approprient ces enjeux et/ou se conforment aux besoins de l'intervention ?

Pour répondre à ces questions, il s'agit de réinscrire dans une trame historique ces importantes transformations concernant la relation au monde du continent africain miné par le sida mais accédant aux ARV. En 1991, dans son article « D'un Tombeau l'Autre », J.-P. Dozon proposait une lecture articulée autour de la double contrainte d'attraction/répulsion qui caractérise historiquement la relation de l'Afrique au monde. Tandis que la conquête coloniale s'était faite dans un mouvement de rejet de ce « tombeau de l'homme blanc » synonyme de maladies et de mort (répulsion), l'installation coloniale et la domination exercée notamment grâce aux révolutions scientifiques et à une biomédecine toute puissante dans les colonies avaient fait basculer la double contrainte dans le sens de l'attraction ou de la domestication. La décolonisation poursuivait cette phase d'espérance, de croyance en la modernité du développement et au progrès scientifique et malgré les premières crises de la post indépendance, « l'Afrique demeurait attractive pour les Occidentaux » (1991, 147).

Mais l'ampleur prise par le sida en Afrique, considéré comme son berceau et sa terre

d'élection, réactiva soudainement le spectre d'un continent « à la dérive » qui serait son propre tombeau. La seule façon d'envisager la maladie en Afrique à ce moment était le prisme de son origine en Afrique et de ses modes de transmission : une épidémie hétérosexuelle qu'expliquaient les comportements sexuels (Dozon et Fassin 1989; Bibeau 1991). J.-P. Dozon se demandait si, avec son lot de peurs démographiques et d'images de mort, le sida ne redéfinissait pas le double mouvement d'attraction/répulsion en le faisant pencher à nouveau du côté de la répulsion.

La massification des antirétroviraux en Afrique ouvre un champ d'intervention, dans le cadre de « partenariats » dans lesquels convergent de nouveaux acteurs et de nouvelles technologies. En ce sens, tout en mettant fin aux ravages de l'épidémie de sida, l'accès aux médicaments occasionne des transformations politiques, économiques et sociales de grande ampleur : n'est-il pas en train de replacer le continent dans le sens de l'attraction ? Les médicaments définissent-ils une nouvelle modalité d'appartenance de l'Afrique au monde, ou d'« extraversion » (Bayart 1999), un processus dans lequel les sociétés sont parties prenantes et se modèlent comme des « sites attractifs » ?

Dans cette perspective, je m'inscris dans les traces de James Ferguson, en particulier dans son recueil de textes parus en 2006 « Global Shadows. Africa and the Neoliberal Order », lorsqu'il problématise la présence de l'Afrique au monde et précise l'usage qu'il fait du mot « Afrique » dont il revendique un usage anthropologique. Il n'est pas question de présumer d'une unité géographique ou culturelle mais d'envisager l'Afrique en tant que catégorie sur laquelle le monde s'est construit¹⁸⁴. Ferguson propose d'envisager l'Afrique en tant que « lieu dans le monde » (« *place-in-the-world* ») non pour considérer une trajectoire historique commune – comme le fait J.-F. Bayart (1989) dans l'État en Afrique, ou culturelle – voire culturaliste, comme l'ont fait Chabal et Daloz (1999), ou comme un territoire empirique mais pour l'apprécier comme une catégorie construite et réelle car habitée par des acteurs sociaux.

En cherchant à prolonger la réflexion de la relation de l'Afrique au monde, je montrerai que les enjeux scientifiques que représentaient le virus puis les médicaments contribuèrent à modifier en profondeur les modalités d'intervention sur la santé publique et donc la perception des pays africains pour refaire pencher la contrainte dans le sens de l'attraction. Les étapes de la réponse scientifique et médicale face au sida au Botswana suggèrent en effet que s'écrivait une autre histoire : celle d'un continent où l'intervention était prometteuse et efficace, marquée par son accessibilité (des patients et des élites politiques), la compatibilité avec ses propres standards d'excellence scientifique et la cohérence avec les priorités scientifiques et politiques mondiales (du paradigme de la prévention à celui du traitement)

Je proposer d'étudier, à partir l'intervention sur la santé, l'évolution de la place dans le monde du continent africain. De « continent synonyme d'échec et de pauvreté » (Ferguson, 2006 :4) où l'intervention extérieure est réservée à l'humanitaire l'Afrique devient un continent « regorgeant

¹⁸⁴ À la suite de plusieurs auteurs comme Yves Mudimbe (*The Invention of Africa ; The Idea of Africa*) ou Achille Mbembe (2001) : l'Afrique est une idée ou un concept qui a servi et sert à l'Occident comme argument polémique afin d'asseoir sa domination et sa différence. L'Afrique est une métaphore, celle du continent sombre, des ténèbres, contrastant avec les Lumières du continent blanc.

d'opportunités » où l'intervention est recherchée et procure des bénéfices (*rewarding*) à une multitude d'acteurs. En termes d'économie politique, cette posture permet de questionner la perception en termes d'États faillis, minés par la violence politique, la corruption et la marginalisation de l'économie mondiale (Van de Walle 2001) et incapables d'attirer l'investissement privé pour favoriser le « développement ». Plus encore, c'est le lien entre cette condition économique et les aspirations à la modernité également mises en lumière par J. Ferguson dans *Expectations of Modernity* (1999) qui est au cœur de l'économie politique du sida. Envisagé sous l'angle de son attractivité, l'intervention sur la santé redéfinit la présence au monde du continent africain, en particulier si l'on regarde comment les acteurs locaux y aspirent et construisent des stratégies afin de s'y conformer, et les tensions que cela occasionne.

Chapitre 4 – Recherche scientifique et accès aux médicaments antirétroviraux

L'infection à VIH a progressé rapidement à travers le continent africain : à partir de l'Afrique centrale, orientale puis a atteint l'Afrique australe, plus tardivement mais de façon fulgurante (voir chapitre 2). Assez tôt également, l'épidémie d'infection à VIH a fait l'objet d'investigations scientifiques, en particulier de recherches virologiques qui, aux côtés des travaux d'observations cliniques des premiers cas de sida dans les hôpitaux ont contribué à une meilleure connaissance de l'épidémie notamment en suivant l'hypothèse de l'origine africaine du VIH. Dans le courant des années 1990, l'épidémie s'est aggravée dans l'ensemble du continent. L'analyse de la collaboration, à partir du milieu des années 1990 de l'école de santé publique de Harvard (Harvard School of Public Health), l'une des plus puissantes institutions de recherche au monde, avec le gouvernement du Botswana, sera envisagée dans cet objectif afin de réinscrire la prise en charge du sida au Botswana dans le contexte de la production scientifique dont le virus en Afrique a fait l'objet, des relations entre les acteurs et de leurs intérêts. Alors que les chercheurs virologues sont de plus en plus présents en Afrique, aux côtés des médecins, comment s'opère le basculement de ces acteurs vers une implication dans l'accès aux médicaments ?

En 1996, l'Initiative sur le sida de Harvard (Harvard AIDS Institute¹⁸⁵) présidée par Myron Essex au sein de l'école de santé publique de Harvard établit ses premiers contacts avec le gouvernement botswanais en vue de conduire des études virologiques. Au même moment, la recherche médicale internationale enregistre des résultats très importants dans la thérapeutique avec l'annonce lors de la conférence internationale de Vancouver en 1996 de l'efficacité de l'association de trois molécules antirétrovirales. L'implantation de l'école de santé publique de Harvard/Initiative de Harvard sur le sida (HSPH/HAI) à Gaborone, qui est dans un premier temps consacrée uniquement à la recherche virologique, ouvre une période d'augmentation rapide des projets de recherche puis une évolution des enjeux éthiques et une diversification des acteurs de l'accès aux antirétroviraux.

En retraçant l'histoire de l'intervention de Harvard School of Public Health sur le sida au Botswana, trois phases se distinguent : la première – *virologie* – est concernée exclusivement par le

¹⁸⁵ Le *Harvard AIDS Institute* a été créé en 1988 par le président de Harvard, le doyen de l'école de santé publique et le doyen de l'école de médecine. Le HAI effectue une découverte d'un anticorps du VIH dans la salive ; découverte des protéines vpx et vpu permettant de distinguer le VIH-1 et le VIH-2.

virus, sa caractérisation moléculaire et génétique. La seconde – *épidémiologie* – est marquée par la nécessité d'augmenter les infrastructures de laboratoire afin de pouvoir effectuer des études sur le VIH à l'échelle de l'ensemble de la population et la troisième phase – *santé publique* – consacre l'avènement du traitement antirétroviral pour lequel les scientifiques et cliniciens de Harvard s'engagent activement.

Afin de donner plus de force à ce récit, la collaboration entre l'école de santé publique de Harvard et le gouvernement du Botswana sera mise en perspective avec la collaboration de Harvard au Sénégal et au cheminement de ce pays vers l'accès aux ARV. Non seulement ces deux récits sont connectés par l'intermédiaire d'une collaboration avec Harvard mais ces connections éclairent l'objet du chapitre, à savoir la translation de la recherche biomédicale à l'accès aux médicaments, donc il est donc difficile de parler de l'un sans l'autre. A cet égard, plutôt qu'une visée comparatiste, je propose d'adopter une approche d'histoire croisée (Werner et Zimmermann 2003) qui implique de regarder les interactions et les relations et interdépendances entre différentes parties du monde, les croisements dans l'objet mais aussi la façon dont les acteurs eux-mêmes comparent. L'histoire croisée, d'ailleurs, invite le chercheur à un regard réflexif sur ses méthodes et son objet (sur les croisements intrinsèques à l'objet).

Sur le plan méthodologique, le travail de recherche sur la collaboration entre Harvard et le Botswana correspond à la dernière phase d'enquête conduite par entretiens, à Boston, Tours et depuis Paris. J'ai pu notamment réaliser un entretien en mars 2011 à Boston avec le directeur exécutif du *Harvard AIDS Initiative* qui a complété les entretiens effectués avec plusieurs chercheurs et médecins de Harvard pendant mon terrain au Botswana. Cependant, cet entretien m'a permis de collecter des données approfondies et rétrospectives (les extraits cités dans les sous-titres de ce chapitre sont issus de cet entretien). Il me semble d'ailleurs que si j'avais rencontré ce haut responsable plus tôt, au Botswana, notre conversation n'aurait pas eu la même teneur. Un entretien à Gaborone, tandis que j'étais concentrée sur l'organisation des soins aurait probablement concerné plus la contribution de Harvard au système de santé (formation, équipements, etc.), informations que j'ai pu collecter par ailleurs (documents, entretiens). Le fait que l'entretien ait été réalisé aux États-Unis, à l'école de santé publique de Boston c'est-à-dire à distance géographique du « site » et à distance temporelle de mes recherches a rééquilibré le rapport de domination dans l'entretien. A Gaborone, j'étais une parmi des dizaines de jeunes chercheurs occidentaux intéressés par le partenariat Botswana-Harvard et par l'accès aux antirétroviraux en général tandis qu'à Boston, j'incarnais un chercheur du Nord plus crédible, à qui l'on peut faire des confidences. Afin de poursuivre l'analyse de ce sujet, j'ai également conduit un entretien auprès d'un chercheur ayant collaboré avec l'équipe de M. Essex au CHU de Tours (Francis Barin)¹⁸⁶. Ces entretiens ont permis d'aborder rétrospectivement, sur la forme du récit, l'histoire de l'intervention et de l'institution, des informations que j'ai ensuite analysées avec le récit d'autres chercheurs internationaux, ceux

¹⁸⁶ Complétés par deux entretiens utiles dans ce chapitre mais surtout dans le chapitre 3 : avec la responsable du programme d'accès aux médicaments de la compagnie pharmaceutique Bristol Myers Squibb et le président du programme philanthropique « Secure the Future », réalisés en mai 2012, le premier à Paris, le second par téléphone à New-York.

d'acteurs botswanais et avec des sources secondaires (articles scientifiques, articles de presse, communication institutionnelle).

Section 1 – De la recherche virologique à l'établissement des partenariats biomédicaux (1980-1990)

Après la description par les *Centers for Disease Control* (CDC) d'Atlanta, en juin 1981 des premiers cas de pneumonie à *pneumocystis carinii* grave parmi plusieurs homosexuels, souffrant de ce qui deviendra fin 1982 le « syndrome d'immunodéficience acquise », les scientifiques s'attellent à la recherche de l'agent pathogène responsable de ces cas cliniques observés aux États-Unis (chapitre précédent) puis en Europe. Le début des années 1980 est marqué par la souffrance et le désarroi des malades et des médecins, une certaine panique sociale. Sur le plan de la recherche biomédicale, une compétition transatlantique s'engage entre les grands centres de recherches virologiques afin d'élucider l'agent responsable de ces pathologies, autour des professeurs Robert Gallo (National Cancer Institute de Bethesda) et de Luc Montagnier (Institut Pasteur à Paris). La course à l'identification de l'agent causal à l'origine du syndrome (qui est décrit comme SIDA dès 1982) fut l'une des plus intenses batailles scientifique, politique et commerciale en raison des retombées politique et économiques (brevets des tests de dépistage) (Seytre 1995). Après avoir écarté des hypothèses liées à un agent infectieux en association avec des pratiques sexuelles (« cancer gay ») ou à la consommation de produits chimiques (*popper*), les scientifiques occidentaux recherchèrent un virus qui serait à l'origine de ces surprenantes aplasies immunitaires.

*La « ruée » vers l'Afrique en quête d'une étiologie virale*¹⁸⁷

Aux États-Unis, les chercheurs envisageaient la piste d'un virus qui serait la cause d'un cancer¹⁸⁸. Après avoir identifié le premier rétrovirus à l'origine d'un cancer chez les humains (leucémie), le HTLV ou *Human T-Cell Leukemia Virus*, l'équipe de recherche de Robert Gallo poursuivait avec celle de Myron Essex (*Harvard School of Public Health*) l'hypothèse d'un rétrovirus responsable du sida qui serait proche du HTLV I et II. En 1983 dans le même numéro de la revue *Science*, l'équipe de R. Gallo relata la découverte d'un nouveau rétrovirus apparenté aux HTLV qu'ils

¹⁸⁷ Je reprends l'expression utilisée par Guillaume Lachenal dans ses travaux sur l'histoire de la virologie au Cameroun. L'expression « Scramble for Africa » désigne la période de pénétration occidentale, d'expansion et de mainmise sur les territoires de la fin du 19ème siècle au début du 20ème siècle (première guerre mondiale) telle qu'employée dans le titre de l'ouvrage de Thomas Pakenham, « The White Man's Conquest of the Dark Continent, 1876-1912 ».

¹⁸⁸ Le domaine des rétrovirus humains était abordé à Pasteur où il était notamment associé au cancer du sein avec la démonstration d'une forme de cancer du sein par une forme de rétrovirus proche des tumeurs mammaires de la souris.

appelèrent HTLV III parmi un patient atteint du sida et le professeur L. Montagnier et ses collègues isolèrent un virus qui s'avéra être le VIH chez un patient atteint de lymphadénopathie nommé *lymphadenopathy-associated virus* (LAV),¹⁸⁹. Parmi les cinq articles publiés sur le sida dans ce numéro de *Science*, deux étaient signés par Myron (Max) Essex.

“... alors, cela nous a donné une idée et on s'est dit il faut aller travailler en Afrique avec les primates”¹⁹⁰

Myron Essex¹⁹¹ était un virologue vétérinaire au laboratoire d'immunologie à Harvard connu dans le champ de la rétrovirologie pour avoir découvert le premier virus à l'origine de cancer chez les animaux (les chats en l'occurrence), prouvant ainsi qu'un rétrovirus pouvait causer une suppression létale du système immunitaire¹⁹². Pour cette raison, le scientifique poursuivait ses recherches virologiques vétérinaires, aux côtés de Robert Gallo, et cela l'a amené à travailler sur les primates, notamment les macaques, d'abord des singes en captivité aux États-Unis, puis en Afrique, où il pensait disposer d'une grande variété et disponibilité de primates (Grmek 1989; Seytre 1995).

Dès 1982-1983 des cas de sida furent diagnostiqués parmi des Africains en Belgique et en France. Tandis que l'étiologie du virus n'était pas établie, l'intérêt de la communauté scientifique internationale se tournait vers le continent africain en quête des origines de la maladie et de son étiologie. L'idée selon laquelle la clé de l'explication de l'agent viral se trouvait en Afrique reposait sur l'idée de la proximité entre ce virus et un virus animalier qui aurait muté et serait passé à l'homme, une hypothèse que le groupe de M. Essex poursuivait durant quelques années.

Max réfléchissait en tant que virologue vétérinaire sachant que les virus peuvent passer d'une espèce à l'autre tout comme d'autres maladies (...) et alors on s'est dit : il faut aller travailler en Afrique avec les primates, regarder chaque primate et voir qui est infecté avec quoi et alors notre labo a commencé à décrire des rétrovirus simiens et les singes ne semblaient pas être malades : ils avaient un virus différent (Retranscription d'entretien HSPH, Boston, 4/3/2011)

Dans ce récit rétrospectif (qui intervient plus de trois décennies après) le collaborateur de M. Essex retient l'hypothèse du franchissement de la barrière des espèces (« *jump species* ») qui est naturellement imaginée en Afrique. En septembre 1984 ils isolèrent un rétrovirus de type nouveau

¹⁸⁹ Pendant quelques années le terme « HTLV III / LAV » est employé pour désigner le virus à l'origine du sida puis un comité international de nomenclature virologique retient le nom de HIV en mai 1986.

¹⁹⁰ “So something got into our mind and we said we've got to work in Africa with primates” (Retranscription d'entretien, Boston, 4 mars 2011).

¹⁹¹ Max Essex est le directeur de l'Initiative de Harvard sur le sida (Harvard AIDS Initiative (HAI)) et porte le titre de Lasker Professor of Health Sciences de l'université de Harvard. Parmi ses travaux scientifiques, sa biographie sur le site Internet de HAI retient qu'il a « identifié les protéines d'enveloppe du VIH utilisées pour le diagnostic du VIH/sida et pour le dépistage sanguin. Son équipe de recherche a identifié d'autres protéines du VIH et du HTLV notamment la transforming protein Tax of HTLV-1, and the nef, vif, pol, vpx, vpu, and vpr of HIV. Avec ses collaborateurs il a identifié le Simian T cell leukemia virus (STLV) et le Simian immunodeficiency virus (SIV) parmi les singes, puis le HIV 2 en Afrique de l'Ouest, a montré que le HIV-2 était moins virulent et moins transmissible que le VIH 1 et que certains sous types du HIV-1, surtout HIV-1C, sont transmis plus efficacement de la mère à l'enfant in utero et pendant la naissance ». Voir <http://www.aids.harvard.edu/people/essex.html> (18/04/2011).

¹⁹² « Harvard's Max Essex Hunts for AIDS Answers », *Science Watch*, mai 1993.

proche du HTLV III à partir de sang de macaques élevés en captivité et présentant des symptômes analogues à ceux du sida humain, le SIVmac (M. Daniel et al. 1985) puis le *Simian T-Lymphocyte Retrovirus III* parmi les singes verts¹⁹³. En poursuivant cette piste, l'équipe de M. Essex entendait fournir la première « preuve » tangible que le virus causant le sida trouvait son origine en Afrique.

La découverte du VIH-2 au Sénégal

La preuve fut apportée par une coopération entre scientifiques français, américains et sénégalais, qui isolèrent un virus spécifique au Sénégal, un virus plus proche du virus des singes verts (*African Green Monkeys*) ou STLV III que du virus humain HTLV III. L'identification du VIH-2 se fit dans le cadre de solides coopérations entre la France et le Sénégal, notamment les liens étroits entre Souleymane Mboup et son responsable, François Denis, chef du service de bactériologie de l'université dakaroise¹⁹⁴. Puis, ce fut grâce à Francis Barin, virologue du CHU Bretonneau de Tours ancien coopérant au Sénégal et qui avait travaillé quelques mois au sein du laboratoire de Essex en 1984, que le HTLV 4 (ou second VIH puis « VIH-2 ») a été isolé.

Au Sénégal, le laboratoire de Souleymane Mboup (laboratoire de bactériologie et de virologie de l'hôpital le Dantec à Dakar) analysa des prélèvements parmi les prostituées qui étaient « enregistrées » dans le cadre d'un programme gouvernemental et bénéficiaient d'un suivi médical régulier¹⁹⁵. Ces prostituées présentaient des échantillons « surprenants », que F. Barin tenta de croiser avec d'autres échantillons (provenant du Burundi, de France et des États-Unis). Il mobilisa pour cela M. Essex et son laboratoire, notamment parce qu'il cherchait à tester la réactivité de ces échantillons avec le virus du singe¹⁹⁶ :

[En me montrant la « photographie » des réactivités parue dans le *Lancet* en 1985] : Vous voyez, sans savoir, que vous voyez la même chose, avec les échantillons du Sénégal on ne voyait pas tout à fait la même chose (...) donc je suis allé passer quinze jours pendant mes vacances d'été à Boston en 85 en disant j'amène quelques échantillons je voudrais tester mes échantillons moi même sur le virus de singes, je n'avais pas le virus des singes dans les mains encore et donc chez Max c'est ce que j'ai fait, j'ai fait l'image en miroir avec le virus de singe et c'est là qu'on a vu que le sérum des prostituées sénégalaises car c'était des sérums de prostituées on cherchait à voir s'il y avait du VIH car c'étaient les personnes les plus à risque d'être infectées et donc on a vu que effectivement, les sérums du Sénégal avaient vis à

¹⁹³ Kanki, P. et M. Essex, « Isolation of HTLV III/LAV from African Green Monkeys », *Science*, 1985; Gallo, R., « The AIDS virus », 1987.

¹⁹⁴ Voir la thèse de Hannah Gilbert (2009) pour de plus amples précisions sur les coopérations franco-sénégalaises autour du laboratoire de Souleymane Mboup (notamment un important projet sur l'hépatite B).

¹⁹⁵ L'enregistrement des prostituées est un reliquat de la période coloniale. La régulation et le contrôle sanitaire de la prostitution fut toutefois maintenu dans le cadre de l'État indépendant. Les travailleuses du sexe sont obligées d'être enregistrées car elles obtiennent ainsi un carnet qui est exigé lors des contrôles de police. A la clinique de l'Institut d'Hygiène sociale à Dakar, elles sont suivies à intervalles réguliers et bénéficient d'un accès aux soins, d'un suivi psycho-social. Les prostituées ont ainsi constitué une cohorte suivie depuis plusieurs décennies ce qui permis la naissance du projet « HIV-2 Natural History ». Je renvoie aux travaux de Branwyn Polykett notamment son article à paraître dans Geissler (2012), « Molecular and Municipal Politics : Research and Regulation in Dakar ».

¹⁹⁶ D'après H. Gilbert (2009), F. Barin avait étiqueté d'un S (pour Sénégal) ses échantillons. Phyllis Kanki crut qu'il s'agissait d'un S pour « simian » et testa donc les échantillons des prostituées sénégalaises selon les STLV III identifié par leur équipe.

vis du virus de singe, réagissaient de la même manière, c'était la première évidence que le HIV 2 existait (entretien F. Barin, Tours 18/4/2011).

Le chercheur français apporta directement à Boston le « matériel » lui permettant d'établir la preuve de ces réactivités « anormales » aux tests commerciaux. Ces « sérologies atypiques » confortèrent l'équipe de M. Essex dans la poursuite d'une explication de l'origine simienne du virus du sida par l'association entre le virus simien et un HTLV africain. S. Mboup fut invité à collecter plus d'échantillons auprès des mêmes personnes et à les amener à Boston, ce qu'il fit à plusieurs reprises. Le suivi des prostituées dans le cadre de la régulation étatique constitua un « réservoir » qui était très facile d'accès (Gilbert 2009, 79).

Après les manip que j'ai fait pendant quinze jours chez Max, juste avant de partir Max me dit il faut absolument essayer d'isoler le virus parce que là on avait que des preuves qu'il existait, mais sans l'avoir isolé et c'est là où j'ai mis le groupe de Max en relation avec mes collègues du Sénégal, Souleymane Mboup (...) et voilà donc c'est parti, avec les moyens d'Harvard, voilà, ils ont pris le relais, moi j'ai continué à travailler avec eux bien sûr mais c'est à ce moment là qu'ils se sont impliqués sur la recherche au Sénégal, beaucoup sur le HIV-2 mais comme après ils ont vu qu'il y avait du HIV 1 ils se sont lancés là dedans, mais ils sont assez peu impliqués dans la prise en charge thérapeutique c'était vraiment plus une problématique de recherche fondamentale (entretien F. Barin, Tours, 18/4/2011)

Les virologues disposaient d'un réservoir d'échantillons biologiques pour étayer la piste d'une origine africaine du virus où le sida existerait depuis plus longtemps et se serait développé à partir de souches d'un rétrovirus simien pour expliquer les développements épidémiologiques distincts observés sur le continent africain. Ces travaux se firent grâce à des circulations transatlantiques entre scientifiques, par des « échanges de bons procédés » et de « spécimens » (sang des prostituées sénégalaises contre virus du singe). Il existait pourtant certaines incertitudes sur les processus ayant conduit à l'isolement d'un virus simien (SIVagm). Un article de *Science Watch* en 1988 mentionna des erreurs de manipulations de laboratoire (reconnues par le HSPH) ; et questionna l'isolation du SIVagm (dont le HTLV4/VIH 2 serait le plus proche) identifiable plutôt chez des singes d'Asie du sud est et non d'Afrique¹⁹⁷. Malgré ces zones d'ombres, la corrélation entre le SIV et le VIH – dont le caractère visuel avait un effet imparable – inspira l'hypothèse de l'origine africaine du VIH.

L'hypothèse de l'origine africaine du sida entérinée

L'origine africaine du virus du sida fut ainsi posée dès le début des années 1980 et confirmée par la suite dans le cadre d'une série de travaux dans les années 1990. Au milieu des années 1980, Dakar s'ajouta ainsi aux pays d'Afrique centrale et orientale comme le Zaïre, le Cameroun, l'Ouganda et le Rwanda sur la carte géopolitique de la recherche biomédicale sur le sida, pays dans lesquels se mettait déjà en place des collaborations scientifiques (Lachenal 2006, 190). Les échantillons de personnes malades y étaient analysés en quête de preuves et comparées avec ceux d'Africains atteints du sida en Europe, à Bruxelles et à Paris. Les échantillons prélevés en Afrique circulaient en dehors du continent où ils étaient assemblés parfois aux États-Unis, avec les échantillons d'Africains résidant en Europe. Ces différents résultats convergeaient pour situer l'origine du virus en Afrique.

¹⁹⁷ « Laboratory mix-up solves AIDS mystery », *New Scientist*, 25 février 1988, p. 32.

Par la suite, dans le courant de la décennie 1990, des études sérologiques s'appuyèrent sur des identifications rétrospectives de cas de séropositivité au VIH parmi des échantillons de sang congelés dans le cadre d'études sur paludisme, dès 1959 dont un échantillon sur les 672 stockés réagit ultérieurement au test Western Blot. Un autre cas aurait été ainsi confirmé à Kinshasa en 1959. Le professeur Luc Montagnier avait aussi relaté le cas d'un américain mort en 1952 de pneumonie à *pneumocystis carinii* mais n'avait pas de sang stocké comme preuve. Plusieurs cas font ainsi surface dans le récit de cliniciens qui tendent tous à avoir une commune origine africaine (un marin norvégien passé par Douala en 1960 par exemple), une série de cas intrigants ont nourri les controverses qui ne manquèrent pas d'éclater ainsi que les réactions politiques de déni en Afrique face à ces assignations.

Deux arguments contribuèrent à entériner l'origine africaine du virus. Premièrement, la proximité entre le VIH et le SIV, un virus simien et le franchissement de la barrière des espèces en Afrique entre les grands singes et l'homme (Dozon 2007) en particulier les chasseurs de « viande de brousse » dans les forêts équatoriales. Deuxième idée à l'appui de cette théorie : la grande diversité des souches de virus trouvées en Afrique : du VIH 2 au Sénégal à l'éventail du VIH 1 déroulé à partir de l'Afrique centrale.

Dans le premier type d'argument, le franchissement de la barrière des espèces s'est imposé avec la découverte du STLV III (*African Green Monkey*) par l'équipe de M. Essex (Packard et Epstein 1991, 773). Pour autant, aucune étude scientifique n'est parvenue à démontrer la théorie de la barrière des espèces. Cette théorie a écarté celle du journaliste Edward Hooper qui, dans son livre *The River*, a décrit l'hypothèse de la propagation à l'homme du virus du singe à cause de vaccins contre la polio élaborés à partir de reins de singes et utilisés dans le cadre de campagnes de vaccination dans la région du fleuve Congo dans les années 1957-1960. L'hypothèse simienne du saut de la barrière des espèces a écarté les autres explications (notamment celle de Hopper) toutes situées également en Afrique (Lock et Nguyen 2010, 106)¹⁹⁸.

À l'appui du deuxième argument, la diversité des souches virales isolées notamment dans le bassin du Congo prouverait l'origine du VIH en Afrique équatoriale occidentale, chaque souche différente du virus VIH-1 résultant d'une transmission séparée du SIV à l'homme (Iliffe 2006, 5). Dans les années 1980 et 1990 une très grande diversité de sous-type du VIH-1 était ainsi isolée, semblant confirmer chaque fois un peu plus l'origine africaine. En particulier, tout cet éventail du groupe M du VIH 1 (A, B, C, D, F1, F2, G, H, J et K) se trouvait de fait au complet seulement en Afrique équatoriale occidentale. La région du Congo a été ainsi entérinée comme le lieu de naissance et de propagation de l'épidémie dans toutes ces souches et sous-groupes (*idem*).

L'origine africaine du sida a été tôt imposée comme une évidence par quelques chercheurs et pour la communauté scientifique internationale : « La conjugaison de ces deux types de recherche, les

¹⁹⁸ Les deux autres explications concernent la contamination par le Vaccin contre la Polio (OPV) développée par le journaliste britannique E. Hooper et l'autre explication est celle des seringues réutilisées qui auraient amplifié le saut des espèces, théorie développée par P. Marx et E. Drucker. Voir : Nguyen et Lock, 2010 : 106.

unes descriptives et reposant sur des techniques de laboratoire de plus en plus fiables, les autres explicatives et reposant sur des spéculations souvent peu fondées empiriquement, contribue largement à donner l'impression qu'en même temps que l'on désigne la principale victime de l'épidémie, on essaie d'en montrer la responsabilité dans la genèse et la diffusion du fléau » (Fassin 2000b, 266). Une telle construction d'une épidémie distincte fondée sur une épidémiologie singulière, hétérosexuelle, associée aux maladies sexuellement transmissibles, et expliquée par les comportements sexuels a eu des conséquences politiques très importantes (Packard & Epstein, 1991). G. Seidel a montré, que ce discours de la première décennie de la diffusion du VIH en Afrique, était à la fois stigmatisant et moralisant (1993). De ce fait, la quête de ce « foyer africain » selon l'expression de Mirko Grmek a eu des conséquences sur la structure de l'intervention biomédicale face au sida. Cet imaginaire marqua fortement ce que la science dit et fit sur le sida par la suite (Bibeau 1991), en inscrivant durablement le continent comme clé d'élucidation du virus vers lequel vont se pencher de plus en plus de structures de la recherche biomédicale.

Mais le sujet devint extrêmement sensible pour les pouvoirs africains. Les recherches pour collecter des échantillons « africains » furent menées dans la clandestinité (Fassin, 1994) précisément car il s'agissait d'y déceler les clés de l'apparition du virus sur le continent. Ces théories eurent des répercussions politiques de premier plan et ont conduit à de vives réactions de la part des responsables politiques en Afrique (Dozon & Fassin, 1989). Les gouvernements africains ont rejeté cette assignation en la qualifiant d'impérialiste voire de raciste (Packard, Epstein, 1991 : 773). Ces hypothèses scientifiques reposaient sur des représentations et un imaginaire de l'Afrique où régnait une plus grande proximité entre nature et culture (donc entre humains et animaux), une caractéristique qui en ferait, dans l'imaginaire occidental, son « essence » (Dozon 2005: 199). Les médecins se sont vus interdire de publier les résultats de leurs observations cliniques et épidémiologiques.

L'explication « biologique » (un virus africain, à l'origine africaine) d'une différence épidémiologique monopolisa les discours savants sur le sida en Afrique, tout comme l'explication comportementale (la sexualité) pour expliquer l'ampleur de l'épidémie, au détriment des facteurs environnementaux (co-facteurs) (Packard & Epstein 1991: 773), sociaux et économiques. De plus, la course à l'identification de nouveaux virus comportait des enjeux industriels et commerciaux, notamment avec la mise au point des tests de diagnostic dont on entrevoyait la rentabilité commerciale ce qui renforça les attitudes méfiantes des autorités locales.

Convoitises rétro-virologiques sur le continent africain

Le laboratoire d'immunologie de Harvard continua ses recherches au Sénégal auprès des prostituées surveillées par des prélèvements sanguins réguliers, qui ont constitué durant toute la décennie 1980 une cohorte, au sens où il s'agissait d'un groupe dont on observait l'évolution biologique de façon très étroite. L'existence de cette cohorte, dans le cadre d'un dispositif biopolitique de contrôle du travail du sexe, permit de mieux connaître l'évolution et la pathogénèse des deux formes de VIH, notamment de confirmer le caractère moins pathogène du VIH-2, qui évolue plus

rarement vers le stade sida et le caractère partiellement protecteur de ce dernier envers la transmission du VIH 1 (Kanki et al. 1994; Marlink et al. 1994). Au milieu des années 1990, la recherche virologique sur le VIH-2 semblait avoir été menée à son terme. La collaboration interuniversitaire entre Boston, Dakar et Tours-Limoges se termina en 2000, à un moment où l'école de santé publique de Harvard se réorientait vers des pays anglophones du continent avec une séroprévalence du VIH bien plus élevée (Gilbert 2009, 110). Tandis que l'origine africaine du virus était toujours discutée et faisait l'objet de controverses politiques, à partir du milieu des années 1990, la quête d'une spécificité africaine continua d'orienter les recherches, afin de rendre compte de la diversité des souches virales existantes¹⁹⁹. En arrière plan de ces recherches, le développement d'un vaccin était en jeu car celui-ci devait être adapté aux caractéristiques génétiques des différentes souches de virus VIH. La quête d'un vaccin nécessitait d'explorer toute la génétique du VIH (et donc de poursuivre les enquêtes sur l'origine du virus). Les recherches virologiques quadrillèrent le continent africain en quête de nouveaux types de virus (Lachenal 2006), à la suite du VIH-2. L'Afrique, pensée comme la terre d'origine du sida, possédant les clés d'explication du virus a fait l'objet de convoitises scientifiques ou d'une « ruée vers l'Afrique ». Ces recherches virologiques ont été ensuite réorganisées par les développements épidémiologiques du VIH.

« Où est le Botswana? »

Après avoir mis en évidence un virus moins transmissible et moins pathogène en Afrique de l'Ouest, l'école de santé publique commença à travailler en Tanzanie. L'hypothèse scientifique sur les caractéristiques génétiques du virus et ses différents sous-types va conditionner le déplacement géographique de l'école de santé publique de Harvard vers le Sud et son implantation au Botswana.

La "ceinture Sida" à ce moment c'était l'Afrique centrale et l'Afrique orientale (...) et puis on a vu ce graphique présenté par Peter Piot à l'Onusida, avec les cliniques anténatales en Afrique centrale et orientale, la prévalence pour les femmes enceintes augmentait pendant toute la décennie 1980 et puis cela semblait se stabiliser (...) donc c'était un peu une bonne nouvelle pour l'Onusida (...) et puis il y avait ce point en bas, une ligne qui s'élevait bien au dessus des autres lignes de 1990 à 1994 où il était écrit "Francistown-Botswana" vous savez il y a toujours un nom pour chaque courbe : Kiffu, Kampala, Kinshasa qui semblaient atteindre un plateau et cette ligne qui était comme cela [il montre une courbe très croissante] et avec Max on s'est regardés et on est supposés connaître un peu l'Afrique et c'était 10 ou 15 ans après non 10 ans... et on s'est dit "où est le Botswana? Où est Francistown?" (Retranscription d'entretien HSPH, Boston, 4 mars 2011)

Ce récit attribue à un graphique de l'Onusida le soudain déplacement de l'intérêt scientifique vers l'Afrique australe. Le pouvoir des représentations graphiques de l'épidémie et la capacité de ces « images » à orienter les décisions des acteurs rappelle l'impact visuel des « réactivités » des sérums des prostituées sénégalaises qui montraient une proximité avec le virus des singes. Surtout, ici, la visualisation d'un potentiel d'explication scientifique du/des virus africains, a suscité l'engouement et la motivation des responsables qui ont pensé une facette inexplorée du virus et de l'épidémie. Le

¹⁹⁹ Il faudrait une pouvoir faire une monographie des acteurs de Harvard pour mesurer la teneur de cet attachement à l'origine africaine du virus qui tout en étant un thème médiatique porteur, est particulièrement mis en avant à Harvard. Une conférence a été organisée le 7 mai 2012 par le HSPH/HAI autour de l'ouvrage de Jacques Pepin « The Origins of AIDS ».

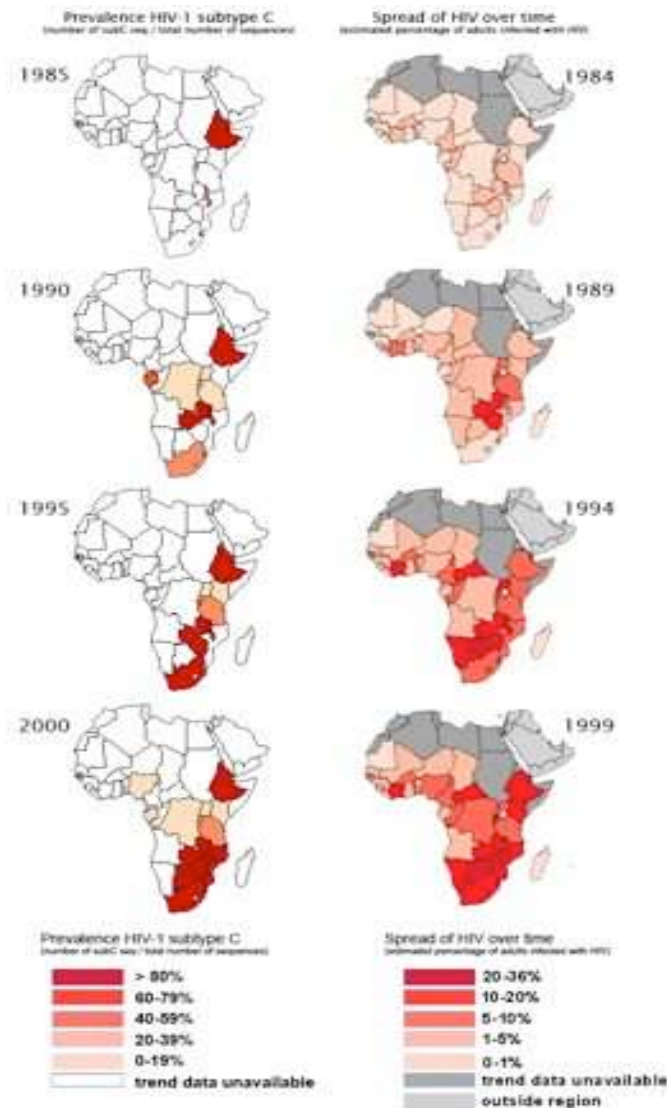
caractère épidémiologique – la courbe très ascendante – a interpellé les virologues et les a menés vers l'hypothèse d'un virus distinct, plus transmissible que les autres.

Les institutions internationales et les États africains ont pris conscience d'une situation épidémiologique qui était en train d'être profondément redistribuée, vers le sud du continent. L'Onusida²⁰⁰, créée en 1996 commença à compiler systématiquement les données séro-épidémiologiques et à uniformiser ces données en vue de leur diffusion. Ces activités ont eu un rôle important pour donner à « voir » l'évolution dramatique de l'épidémie comme en Afrique australe. Les scientifiques de Harvard, tout comme les experts internationaux ont par la suite reconnu « être passés à côté » d'une épidémie qui « se propageait sous nos yeux »²⁰¹. Le graphique a provoqué une prise de conscience de « quelque chose de différent » et la volonté d'y apporter une réponse scientifique et dans des termes virologiques. Le graphique a laissé entrevoir la possibilité d'étudier le virus au moyen d'échantillons nombreux, une « réserve » potentielle de données biologiques à exploiter.

Ce récit s'inscrit également dans la course à l'isolement des différents sous-types du VIH. Au milieu des années 1990, les convoitises rétro-virologiques s'accéléraient sur le continent africain mais sans avoir d'implications épidémiologiques (le lien entre le type de virus et son épidémiologie). Au Cameroun, la période 1994-1998 est marquée par la découverte des sous-types O du VIH à l'origine d'une nouvelle classification entre les groupes M (« Major ») et O (« Outlier »). Deux médecins camerounais signent à partir de 1994 avec leurs collaborateurs de Munich la découverte d'un nouveau groupe de VIH-1, le groupe O isolé à partir de sérum camerounais, virus dont l'isolement est confirmé par des équipes belge et française comporte des enjeux financiers car les tests de diagnostic existant ne permettent pas de le mettre en évidence. Cette découverte relança pour quelques années le débat scientifique sur la phylogénie des rétrovirus et marque le début d'une véritable course aux sérums atypiques (Lachenal 2005). Cette course aux sérologies atypiques a contribué à l'explosion scientifique du Cameroun comme site de recherche biomédicale, et à sa constitution en « terrain favorable » avec la participation croissante d'équipes de recherches notamment en partenariat. Puis, ces médecins ont constitué les « oligarchies biomédicales », au premier plan dans l'accès aux ARV (Eboko 2005a). Cela marque aussi une nouvelle phase dans l'histoire de l'Institut Pasteur au Cameroun qui est revenu au premier plan en isolant un groupe rarissime du VIH, le groupe N. Le Cameroun est quant à lui devenu un terrain propice pour la quête du « chaînon manquant » dans l'histoire du VIH, et la recherche sur le VIH humain et parmi les singes qui est toujours vive à la fin des années 1990.

²⁰⁰ L'Onusida est dirigée par Peter Piot, médecin belge avait travaillé au Zaïre autour des patients séropositifs au début des années 1980.

²⁰¹ Entretien, Harvard AIDS Institute, Boston, 4/3/2011.



Carte de la progression du VIH 1 – C²⁰²

Source : Source : http://www.bioafrica.net/subtype/subC/Map2_subtype_C_timeline.html

Le sous type C du VIH, isolé à la fin des années 1980 dans le nord est de l'Afrique (Ethiopie) était présent en Afrique orientale où il était devenu le sous type dominant dès le milieu des années 1990 puis en Afrique australe à la fin des années 1990²⁰³. Déjà étudié par une équipe de HSPH en Tanzanie, le VIH 1-C se présentait comme la dernière piste rétro-virologique à explorer porteuse d'une clé d'élucidation de la gravité de l'épidémie en Afrique australe. À partir d'un questionnaire épidémiologique sur les proportions prises par l'épidémie de l'infection à VIH en Afrique australe les

²⁰² Bioafrica.net est une base de données informatiques sur les caractéristiques biologiques du VIH visant à répertorier notamment les résistances. Cette base de données est développée en conjonction avec SATuRN (Southern Africa Treatment Network)

²⁰³ Pour le Botswana, il n'y a pas de données disponibles sur les souches virales avant 1999. Source http://www.bioafrica.net/subtype/subC/Map1_C_infections.html. Lors d'une étude sur les différentes sous types génétiques du VIH 1 prévalents dans le monde en 2000, il a été trouvé que plus de 47% étaient du sous type C. J Acquir Immune Defic Syndr. 2002 Feb 1; 29(2):184-90, "Estimated global distribution and regional spread of HIV-1 genetic subtypes in the year 2000".

chercheurs ont formulé l'hypothèse d'une plus grande efficacité de transmission. L'équipe de M. Essex a poursuivi la piste de la spécificité du sous-type C afin d'identifier des caractéristiques distinctives en termes de transmissibilité et de pouvoir pathogène. La rapidité de propagation du VIH en Afrique australe en ferait une épidémie différente en raison des caractéristiques du VIH 1C. Il fallait pouvoir étudier des échantillons sanguins des personnes porteuses du virus. Pour explorer cette possibilité, les chercheurs interrogèrent une personnalité proche, Maurice Tempelsman le vice-président du comité international de l'école de santé publique de Harvard.

Puis on a regardé le Botswana, Molepolole et on a appelé Maurice Tempelsman pour lui demander "ne travailles-tu pas au Botswana" (il a dit) "mais si, j'ai une entreprise de polissage de diamant à Molepolole" (il rit) "Molepolole? C'est un chouette nom, c'est comme Ouagadougou ou quelque chose comme ça "en fait, a-t-il dit Max, j'organise un dîner avec le président du Botswana dans une semaine ou deux à Washington, tu voudrais le rencontrer?" (Retranscription d'entretien HSPH, Boston, 4 mars 2011)

Président de Lazare Kaplan International, première entreprise de diamants aux États-Unis, Maurice Tempelsman est un exportateur de diamants d'origine belge qui avait influencé le développement des industries du diamant en Afrique et entretenait d'étroites relations avec plusieurs chefs d'État africains. L'importance historique des liens entre la philanthropie industrielle et la recherche médicale apparaît ici de façon concrète : les universités recueillent des donations de la part des industriels, qui participent financièrement et s'impliquent personnellement dans le développement scientifique. L'impact de ces liens est d'ordre géopolitique car il permet d'influencer l'intervention et d'accéder aux autorités politiques.

En vue d'accéder au Botswana, donc à ses responsables politiques, M. Essex et son équipe se sont donc tourné naturellement vers Maurice Tempelsman²⁰⁴ qui avait déjà joué le rôle d'intermédiaire entre l'équipe de Myron Essex et le président sénégalais Abdou Diouf pour mettre en confiance les acteurs sénégalais en vue de nouer la collaboration interuniversitaire avec le Sénégal (Boston – Dakar – Tours – Limoges)²⁰⁵. Lors de ce dîner à Washington, le président botswanais Quet Masire informa M. Essex qu'il accueillerait volontiers leur aide pour lutter contre le virus du sida et fit appeler son médecin personnel pour qu'ils se parlent directement, « entre spécialistes ». Il fut convenu d'une visite au Botswana des chercheurs de Harvard dans les plus brefs délais. Ce récit officiel, relaté de façon semblable dans un article publié dans le magazine de Harvard AIDS Initiative²⁰⁶ montre l'efficacité de la proximité entre la recherche universitaire et le monde industriel aux États-Unis (Marks 2000; Furman et MacGarvie 2007). La question de l'accessibilité, susceptible de se poser dans tout projet scientifique a été sécurisée au plus haut sommet de l'État botswanais par un acteur de l'industrie du diamant qui est d'ores et déjà un investisseur, un acteur de confiance dans le pays.

²⁰⁴ Marchand de diamants, président de Lazare Kaplan International, première entreprise de diamants aux États-Unis, il a joué un rôle clé dans le développement des industries du diamant en Afrique (conseiller de Mobutu Sese Seko au Zaïre puis il a eu un rôle clé en Angola, Botswana, Namibie et Sierra Leone). Il occupe différents postes dans des organisations philanthropiques.

²⁰⁵ Sur la collaboration entre Harvard et l'université Cheick Anta Diop au Sénégal voir notamment : <http://www.apin.harvard.edu/senegal.html>

²⁰⁶ « How BHP Came to Be ? », Spotlight, été 2007, pages 1 et 5.

L'étude du VIH 1-C au Botswana

Pour les chercheurs à Boston, le Botswana semblait promettre un gisement virologique à explorer auquel aucun chercheur ne s'était jusqu'à présent intéressé et dont eux-mêmes étaient largement ignorants. Le fait que « Molepolole » ou « Ouagadougou » avaient la sonorité exotique de la localité africaine paradigmatique accentuait l'impression de potentiel lié à son caractère inconnu. Mis en confiance par l'entremise de M. Tempelsman, le président botswanais a accueilli chaleureusement l'aide proposée pour une meilleure compréhension de l'épidémie dont les ravages commençaient à être ressentis. Après une première visite pendant laquelle ils ont obtenu leurs premiers échantillons, les chercheurs se sont vus proposer un espace au sein de l'hôpital Princess Marina, dans lequel ils ont commencé leurs analyses. La première étude de Harvard a débuté en 1997 sur la caractérisation moléculaire et biologique du VIH 1C et les premières résultats de Harvard sur le génotype du sous type C sont publiés en 1998 (recherches en Tanzanie) puis en 1999 (étude au Botswana) puis les années suivantes²⁰⁷. Les résultats de ces recherches sur le VIH 1-C ont porté sur deux de ses caractéristiques. Premièrement, le VIH 1C s'accrochait plus facilement à la muqueuse vaginale car il a une affinité particulière avec le corécepteur CCR5²⁰⁸ et il est donc plus transmissible aux femmes lors des rapports sexuels²⁰⁹. Deuxièmement, le VIH est un rétrovirus qui se reproduit lui même en utilisant l'enzyme de la transcriptase reverse pour propulser son identité génétique dans l'ADN de la cellule hôte, or M. Essex et ses collègues prouvèrent que le VIH 1C avait des caractéristiques génétiques qui lui donnaient un atout dans le processus de réplication du virus²¹⁰.

Mais, selon F. Barin, la recherche sur le VIH 1 C n'a pu démontrer une spécificité et tout comme les travaux de M. Essex en Thaïlande en vue de prouver le même caractère plus transmissible du VIH 1 A-E mais ces hypothèses se sont avérées peu concluantes. Si l'on sait que le virus pour se développer a besoin de partenaires cellulaires spécifiques, dont les caractéristiques génétiques seraient adaptées, pour autant, les recherches n'ont pu confirmer l'hypothèse selon laquelle le VIH 1-C aurait trouvé en Afrique australe le parfait fond génétique lui permettant de se développer aussi aisément. Il faudrait pour cela de « des travaux fondamentaux très complexes (...) avoir des cellules de tas de sujets différents *in vitro* avec des virus très différents pour voir quel est le meilleur "match" qui se fait entre tel virus et tel fond génétique » (Retranscription entretien F. Barin, Tours, 18 avril 2011).

Dans le cadre de cette quête de « richesse rétro-virologique » (Lachenal 2006) le Botswana était perçu comme un terrain vierge où sévissait un virus différent, plus virulent et peut être plus

²⁰⁷ Novitsky VA, Montano MA, McLane MF, Renjifo B, Vannberg F, Foley BT, Ndung'u TP, Rahman M, Makhema MJ, Marlink R & Essex M (1999) Molecular cloning and phylogenetic analysis of human immunodeficiency virus type 1 subtype C: a set of 23 fulllength clones from Botswana. *Journal of Virology* 73: 4427–4432.

²⁰⁸ Le CCR5 est un co-récepteur du VIH qui permet qui permet au virus d'entrer dans la cellule.

²⁰⁹ Cohen, Jon, « Is AIDS in Africa a Distinct Disease ? », *Science*, vol. 288, n°5474, 23 June 2000 : 2153-2155.

²¹⁰ Voir "State of the HIV Pandemic", November/December 1998 issue of the *Journal of Human Virology*, and "Human Immunodeficiency Viruses of the Developing World"; in volume 53 of *Advances in Virus Research*; voir http://www.hsph.harvard.edu/review/summer_epidemic.shtml (26/04/2011). Voir aussi dans *AIDS Res Hum Retroviruses*. 1996 Mar 20; 12 (5): 361-3 "Retroviral vaccines: challenges for the developing world".

pathogène. Il faut cependant noter, à la suite de J. Crane (Crane 2011) que c'est autour du VIH 1-B (dominant en Europe et en Amérique du Nord) que la très grande majorité des recherches moléculaires sur le VIH ont été conduites sur le plan international et cette prédominance du VIH 1-B est le résultat de choix arbitraires de la part des chercheurs, présents au Nord, d'étudier le VIH 1-B pour des questions d'accessibilité et de commodité (*convenience*) et non en raison de sa représentativité au niveau mondial. D'après J. Crane, ces orientations ont en effet eu des implications en ce qui concerne les techniques de diagnostic qui, aujourd'hui sont façonnées pour le VIH 1-B et sont moins précises pour le VIH 1-C en particulier pour la mesure de la charge virale. La recherche moléculaire offrait un miroir des inégalités mondiales et aussi des enjeux géopolitiques : l'accessibilité ne concernait pas uniquement les échantillons sanguins mais aussi les relations politiques et diplomatiques, l'accueil réservé par les autorités locales.

La collaboration *Botswana Harvard Partnership* (BHP) qui se noue en 1996 est qualifiée par ses membres comme le début d'une relation de confiance, de proximité, entre acteurs qui partageaient des objectifs de connaissance du virus et une foi en la science moderne. Cet accord s'est noué grâce à une poignée de personnalités, le président de la République, son médecin personnel Joseph Makhema²¹¹, le président de HAI, M. Essex, son directeur exécutif R. Marlink ainsi qu'un intermédiaire puissant du monde des affaires²¹² et de hauts responsables qui se sont liés d'une amitié sincère. Les chercheurs ont rencontré des médecins comme H. Moffat, directeur de l'hôpital Princess Marina, avec lesquels ils ont coopéré étroitement. Lorsque le partenariat pris forme, la question des traitements antirétroviraux n'était pas mentionnée. La trithérapie antirétrovirale (HAART) venait tout juste d'être mise au point et annoncée lors de la conférence internationale sur le sida de Vancouver (1996) mais son coût prohibitif en limitait alors l'usage aux pays riches. En revanche, au Botswana, des projets d'essais cliniques sur un vaccin furent envisagés dès le début de la coopération²¹³. Pour G. Lachenal, la ruée vers les virus notamment au Cameroun a induit un certain « nihilisme » thérapeutique, une non

²¹¹ Celui-ci a pris la direction de BHP depuis 2004.

²¹² Une photo de la ministre de la santé Joy Phumaphi, du président de la république F. Mogae, de R. Marlink et de M. Tempelman qui se tiennent la main (chacun bras en croix tenant la main de l'autre) figure sur le site de HSPH : <http://www.aids.harvard.edu/news/inthenews.html> (22/04/2011). Sur plusieurs montages de photos (et dans le récit de Spotlight), le rôle de Deeda Blair est aussi souligné tout comme celui de Ria Madison (administratrice de BHP), qui travaillait pour Lazare Kaplan à Molepolole au Botswana.

²¹³ Dès 2001 avec l'étude de préparation « HIV Vaccine Preparedness Study » (HTVN 903). Un comité (Community Advisory Board) fut mis en place dans ce cadre dont font partie les associations de défense des droits de l'homme (BONELA, Ditshwanelo) qui se mobilisèrent pour garantir la protection légale nécessaire aux participants de cet essai. Ce fut le premier essai vaccinal en Afrique australe mené à partir de juin 2003 à Gaborone, financé par le HIV Vaccine Trials Network (HTVN) des NIH afin de déterminer les effets secondaires et la réponse immunitaire à un candidat vaccin expérimental (Epimmune 1090 DNA) parmi des personnes séronégatives saines recrutées parallèlement aux États-Unis (Boston et Saint-Louis) et au Botswana (Gaborone) (HTVN 048). La recherche vaccinale menée dans le prolongement de ce premier essai était inscrite dans un débat sur une recherche vaccinale spécifique aux sous types (Sharma, R, 2000). L'étude avait commencé en mai 2005 à recruter des candidats pour tester un vaccin alphavirus replicon du VIH 1-C (HTVN 059) à Gaborone et dans deux sites en Afrique du Sud. Cet essai vaccinal financé par Merck en Afrique du Sud a été arrêté et qualifié de « désastreux » par M. Essex notamment car il a été prouvé qu'il pouvait potentiellement avoir des effets négatifs (harmful) (Dow & Essex 2010).

intervention face aux enjeux de santé publique²¹⁴. Entre la recherche virologique et vaccinale à l'accès aux médicaments, une étape cruciale à Gaborone fut la construction du laboratoire « Botswana-Harvard » au sein de l'hôpital Princess Marina.

Section 2 – L'édification du laboratoire « Botswana-Harvard »: une collaboration scellée (1999-2001)

Lors de leur première visite au Botswana les chercheurs de Harvard ont rencontré des personnes touchées par le VIH et ont obtenu d'eux des échantillons sanguins dont l'analyse leur a confirmé la prédominance de sous type C du VIH 1 parmi la population botswanaise. Entre 1996 et 1999 plusieurs rencontres ont eu lieu entre les responsables gouvernementaux botswanais et les responsables de l'école de santé publique de Harvard au cours desquels se sont instaurés des liens de confiance et de respect réciproque afin d'aider le gouvernement à mieux connaître l'épidémiologie du virus. En 1997, une conférence sur le VIH au Botswana a été organisée à Gaborone et dans le courant de la même année, la première étude biologique et moléculaire fut commencée. En 1998, un médecin sénégalais, Ibou Thior, a été nommé pour piloter la collaboration « Botswana-Harvard »²¹⁵. Il était important à ce moment de nommer une personne tierce, qui ne soit ni de nationalité botswanaise ni américaine, les rôles respectifs n'étant pas encore fixés. Ces rôles et responsabilités ont toutefois été clarifiés peu de temps après à l'occasion de la construction du laboratoire national de référence du Partenariat Botswana-Harvard (BHPNRL) que je relate ci-dessous en montrant combien, tout en scellant la collaboration, cet épisode a posé les jalons de l'accès aux médicaments.

L'édification d'un tel laboratoire répondait directement au principal obstacle de l'accès aux médicaments en Afrique : la crainte de la généralisation incontrôlée, voire anarchique de ces médicaments dans des systèmes de santé inefficaces et auprès de populations n'étant pas suffisamment préparées. Les grands organismes biomédicaux comme les Centers for Disease Control (CDC) doutaient en effet de la capacité des systèmes de santé africains à rendre accessible et à contrôler la diffusion de ces médicaments. Les firmes pharmaceutiques mobilisaient du reste le même argument pour justifier leur réticence à rendre leurs médicaments plus abordables pour les pays pauvres. Dans un article intitulé « Prévenir l'anarchie antirétrovirale en Afrique », des médecins reconnaissent en 2001 qu'il n'est effectivement pas possible de mesurer les CD4, la charge virale et la résistance comme dans le monde industriel²¹⁶ (Harries et al. 2001, 358). L'édification de capacités

²¹⁴ Chapitre dans Geissler, P. W. (à paraître), « Lessons in medical nihilism. Virus hunters, neoliberalism and the AIDS pandemic in Cameroon ».

²¹⁵ « BHP 10 years », Gaborone, 2006.

²¹⁶ Précisions cependant que le propos de cet article a pu être mal interprété en raison du titre « Prévenir l'anarchie antirétrovirale en Afrique » car au-delà du constat de l'impossibilité de mesure de la charge virale et des CD4, les auteurs préconisaient une mesure de l'efficacité par les examens cliniques et le

de laboratoire s'imposa comme condition *sine qua non* de l'accès aux traitements sur le continent africain. Les laboratoires y ont été construits, rénovés, adaptés à cette période en Afrique afin de devenir les avant-postes de l'accès aux traitements. C'est la thèse que je défends dans cette section : le laboratoire structure la collaboration sur le plan scientifique et politique et rend possible l'accès aux soins à partir du dispositif de recherche clinique, tel qu'il s'impose dans de nombreux pays africains dans le courant de la décennie 2000.

« Il faudrait que ce soit votre laboratoire »²¹⁷: vers une coopération en santé publique

Afin de conduire des recherches plus systématiques, les scientifiques de Boston se virent d'abord octroyer un petit local dans l'enceinte de l'hôpital Princess Marina. A la fin de l'année 1999, les autorités botswanaises commençaient à envisager l'accès aux traitements antirétroviraux qui étaient déjà disponibles depuis trois ans dans les pays riches mais encore inaccessibles au Sud. A la même période, le premier programme de philanthropie pharmaceutique destiné « à avoir un impact sur le VIH en Afrique » vit le jour à l'initiative du président directeur général de Bristol Myers Squibb qui fut encouragé en ce sens à la suite d'un discours de Koffi Annan, secrétaire général de l'ONU dénonçant l'absence d'action sur le sida en Afrique²¹⁸. Ce programme « Secure the Future » fut proposé aux cinq pays au monde les plus touchés par le sida, tous en Afrique australe afin de commencer à financer des projets liés aux infrastructures (en vue de préparer l'arrivée des médicaments). Les responsables du programme et le ministère de la santé se mirent d'accord pour que ce programme contribue au financement d'un laboratoire national. Les responsables botswanais se tournèrent naturellement vers leur partenaire de l'école de santé publique de Harvard dans cette perspective. Ils proposèrent d'agrandir le laboratoire et demandèrent aux chercheurs leur coopération :

On avait un petit laboratoire au départ. Des responsables gouvernementaux sont venus pour nous demander: "vous avez votre laboratoire et vous nous aidez avec les tests VIH et les CD4; pourriez vous devenir le laboratoire de référence pour tout le pays? Bien, a-t-on répondu, mais vous devez avoir votre laboratoire et nous vous aiderons à le faire dans le cadre du partenariat mais en tout état de cause il faudrait que cela soit votre laboratoire, ils ont dit « oui cela sera notre laboratoire de référence que nous construirons mais combien d'espace (de place) vous faut-il?" (Retranscription d'entretien, Harvard AIDS Institute, Boston, 4/3/2011).

Le laboratoire commença à structurer l'alliance entre les deux parties qui s'accordèrent sur le fait que le futur laboratoire national poursuive des recherches virologiques mais également remplisse une mission de santé publique aux côtés du gouvernement. Au sein du principal hôpital du pays, au cœur de la capitale, le laboratoire scellerait l'imbrication entre la surveillance épidémiologique, la recherche virologique et l'espoir d'un traitement prochain.

contrôle du poids puis, dans un second temps, par l'intermédiaire de laboratoires de référence permettant d'effectuer des examens plus poussés.

²¹⁷ « It should be your lab » (Retranscription d'entretien, Boston, 4 mars 2011).

²¹⁸ Entretien avec le responsable de la fondation Bristol Myers Squibb, J. Damonti, par téléphone, 29/5/2012.

La question « à qui appartient le laboratoire ? » (« Votre laboratoire »/ « Notre laboratoire ») illustre une négociation autour des rôles de chacun dans les futures missions de ce laboratoire et la reconnaissance implicite de l'interdépendance entre les acteurs qui ont des intérêts spécifiques. Les politesses entre les deux parties expriment cette dépendance entre la dimension de politique nationale de santé publique (« laboratoire de référence ») et la présence de la recherche virologique (« nous vous aiderons », à côté de nos activités). Le partenariat est présenté ici comme une réponse à la proposition émanant du gouvernement : « d'accord, mais vous devez avoir votre laboratoire et nous vous aiderons à le faire ». Mon interlocuteur précisa que l'accord régissant leurs relations était avant tout verbal. Il existe un document de quelques pages²¹⁹ que les parties renouvellent chaque année, mais ce document n'a aucune valeur juridique. C'est surtout sur la parole que se fient les responsables du partenariat : une parole qui confère le caractère sacré de l'amitié plutôt que la froideur du texte juridique.

Par ailleurs, pour les acteurs biomédicaux, le processus d'édification du laboratoire et sa temporalité confirment – peut être plus que tout autre action ou discours – l'extraordinaire fiabilité du gouvernement botswanais en tant que partenaire. Cette fiabilité est à la fois financière, technique et politique :

L'exemple du laboratoire montre à quel point ce partenariat est solide. Les planificateurs sont venus et on a eu une réunion avec Max [Essex], moi et notre personnel de laboratoire là-bas et ils nous ont dit « combien d'espace vous faudrait-il ? On avait notre petit laboratoire qui faisait la taille de ce bureau [*environ 10 m2*] même moins et on a dit qu'on aurait besoin au moins du double et ils nous ont dit « vous êtes surs ? Vous allez avoir besoin de plus ». On a dit probablement alors trois fois cet espace et on a essayé de calculer combien de tests seraient faits et puis les planificateurs ont dit « ok nous reviendrons vers vous ». Ils sont revenus trois semaines plus tard avec leurs propositions, les architectes et des plans qu'ils ont déroulés sur la table. Il y avait cet immense plan au sol, on a dit « ce bâtiment est immense ! On essayait de comprendre la perspective et on était très excités puis on s'est levés pensant que la réunion était terminée et ils ont dit « vous ne voulez pas voir les autres étages ? » On ne savait pas qu'il y aurait 4 étages ou plutôt trois et demi. « Et voilà votre laboratoire « BL3 » on a dit « Mais on ne peut pas payer », ils ont dit « Non, ne vous inquiétez pas au sujet de qui va payer », ils riaient (*idem*).

Le directeur exécutif de HAI fut stupéfait par cet épisode mettant en scène (au-delà de la parole ou du texte juridique) le volontarisme du gouvernement à doter son pays d'infrastructures modernes de recherche et marquant de la sorte son adhésion au projet. Il fut également fasciné par l'aptitude du gouvernement à mettre en œuvre un ambitieux projet en y apportant promptement des capacités financières stratégiques et techniques. Les responsables de Harvard ne s'attendaient pas à dialoguer ainsi avec des « planificateurs » - des responsables gouvernementaux, des architectes, des ingénieurs – personnifiant la dimension bureaucratique et planificatrice de l'État botswanais. Cet État qui, depuis les années 1960-70, organise et rationalise, à partir des revenus du diamant, la planification pour le développement national. L'équipe de « planificateurs » dont il est question dans ce récit parle directement du rôle de premier plan occupé par le ministère du développement et de la planification pour le développement (MFDP). Caractéristique de l'État développementaliste, le MFDP, ministère

²¹⁹ Malgré plusieurs demandes à l'issue de l'entretien et un accord de principe, je n'ai pu obtenir ce document.

proche de la présidence²²⁰ a organisé le développement national en identifiant les potentiels projets de développement et en s'assurant de leur financement (par des financements privés extérieurs le cas échéant) (Taylor 2002, 15-16).

Le gouvernement botswanais se chargea de construire le laboratoire en se l'appropriant comme un « projet étatique » dans la lignée du développement d'infrastructures organisé par l'État dans les décennies précédentes. Mobilisant une idéologie modernisatrice (J. C. Scott 1998) l'État botswanais montre de cette façon son assentiment envers un mode d'organisation de la lutte contre le VIH qui s'appuierait sur une base technologique. Cette adhésion à une norme de « pointe » est ici matérialisée par la fourniture au bâtiment des infrastructures nécessaires pour le qualifier de laboratoire « BL3 » (*Biosafety level 3*) c'est-à-dire une enceinte de haute sécurité biologique permettant aux chercheurs de manipuler des organismes pathogènes classés dans le groupe à risque de niveau 3 (échelle de 1 à 4) dans des conditions sûres pour eux-mêmes et pour leur environnement. Le fait qu'un État africain propose d'endosser la responsabilité logistique et financière pour l'acquisition d'une telle technologie a scellé une alliance entre acteurs qui s'accordaient tant sur les objectifs généraux que sur le rôle du laboratoire et les normes techniques nécessaires pour mener à bien leurs objectifs.

Cependant, à travers la conception architecturale du projet, par l'intermédiaire de ses planificateurs, le gouvernement botswanais exprimait de fortes attentes. Ayant agréé que l'édification d'infrastructures de laboratoire pour identifier, isoler, maîtriser le virus soit la condition d'une lutte efficace contre l'épidémie, les responsables gouvernementaux ont aussi orienté aussi leur agenda dans une perspective de santé publique. Leur offre en termes d'espace (trois étages au lieu d'un seul) fut une donnée dans les négociations autour de ce bâtiment en vue d'en faire un axe central pour la politique de santé publique. S'il fallait garantir des locaux nécessaires pour la recherche virologique, s'assurer des capacités en biologie moléculaire, le gouvernement envisageait surtout les besoins futurs en termes d'analyses (VIH, CD4) à l'échelle du pays, et de la population séropositive qui, en 1999 venait d'être estimée à 37,8% parmi la population de femmes enceintes dans les cliniques anténatales²²¹.

Dans la seconde moitié de la décennie 1990, le contexte épidémiologique s'aggravait au Botswana et dans toute l'Afrique australe (Fassin 2000a). L'accès aux antirétroviraux ne se dessinait que dans quelques pays d'Afrique. Le gouvernement sénégalais venait de commencer l'« Initiative Sénégalaise d'Accès aux Antirétroviraux » (ISAARV) par des négociations directes avec les producteurs de médicaments. Grâce à l'Initiative « Accès » de l'ONUSIDA, la Côte d'Ivoire mettait également en place un accès aux antirétroviraux en 1999. Le gouvernement botswanais savait proche le moment où il pourrait offrir les médicaments car des actions commençaient à être entreprises en Afrique. Le gouvernement et son partenaire Harvard, à partir du laboratoire ont commencé à catalyser une série de financements (comme ACHAP présenté dans le chapitre précédent). Harvard équipa gratuitement le laboratoire et la compagnie pharmaceutique Bristol-Myers Squibb (« Secure the Future ») et a

²²⁰ Le président Festus Mogae, avant d'être vice-président du président Ketumile (Quet) Masire, occupait la fonction de ministre des Finances.

²²¹ Rapport mondial sur l'épidémie de sida dans le monde, ONUSIDA, 2000.

octroyé 4,9 millions de dollars pour construire le laboratoire, former du personnel et financer l'intégralité de l'étude clinique Hope sur les antirétroviraux.

L'épisode de la construction du laboratoire rend compte des relations d'échanges qui ont présidé à cette collaboration, ainsi que de la matérialité de la coopération biomédicale (Geissler et al. 2008; Couderc 2011) au sujet de laquelle les responsables gouvernementaux formulaient des besoins (infrastructures, prélèvements, outils de surveillance épidémiologique). Dans ces négociations, l'objet de la collaboration était en train d'évoluer de la recherche virologique de laboratoire à la surveillance épidémiologique et à la santé publique en posant les jalons de l'accès aux médicaments.

“State-of-the-art research”: l'excellence au profit de l'accès aux traitements

Dans une déclaration lors du commencement des travaux de construction du laboratoire en février 2000, Max Essex rappela que la vocation essentielle du laboratoire était de comprendre la science du sous-type du VIH présent au Botswana :

Le laboratoire permettra aux scientifiques au Botswana de disposer d'une recherche de pointe. Armé de ces capacités, ils vont accélérer la compréhension générale du sous type C et trouver des voies pour stopper sa rapide progression²²².

Il précisa à nouveau l'importance de s'engager dans une recherche « spécifique » au virus présent dans la région afin d'y apporter une solution spécifique, locale :

Le “C1” n'est pas le même virus que celui que l'on trouve en Afrique centrale ou orientale; tous les traitements et procédures sont basés sur les autres sous-types qui ne sont pas présents ici (en Afrique australe) et donc ne sont pas adaptés. Le C1 est une épidémie des années 90 et qui est aujourd'hui responsable pour plus de la moitié des infections à VIH dans le monde²²³

Dans ce mouvement qui voyait converger les chercheurs biomédicaux vers les patients africains, l'idée qu'il fallait mener une « recherche adaptée » commençait à s'imposer. J'ai rappelé qu'au début des années 1990, les recherches virologiques visaient à montrer la richesse phénotypique du VIH et entériner son origine africaine. A la fin des années 1990 tandis que s'imposait l'impératif de l'accès aux soins, les chercheurs s'efforçaient de montrer que leurs travaux étaient adaptés aux enjeux locaux, par exemple que les recherches vaccinales devaient être effectuées sur le sous-type le plus prévalent dans la région. Enfin, cela était également imputable à l'acuité des débats sur le respect de l'éthique biomédicale mettant en avant l'importance de considérer les contextes sanitaires locaux et leurs contraintes spécifiques dans la recherche biomédicale.

Surtout, la recherche « adaptée » était présentée comme donnant directement accès aux moyens de lutte efficace contre le virus et réappropriée de cette façon par les responsables de santé publique botswanais. Lors de la cérémonie d'ouverture du laboratoire, le directeur des services de santé Dr Patson Mazonde l'affirmait avec émotion : «Ce laboratoire apporte de l'espoir à nos yeux qui

²²² “We must beat AIDS”, *Mmegi*, 18-24 février 2000.

²²³ Idem.

étaient remplis de larmes » tandis que la ministre de la santé, Joy Phumaphi prophétisait: « L'hôpital Princess Marina va devenir un centre de recherche sur le VIH ». Ces deux interprétations du rôle futur du laboratoire montrent que pour l'ensemble des acteurs, l'existence de ce laboratoire d'excellence conditionnait l'accès aux médicaments : la ministre de la santé mettait l'accent sur la contribution scientifique et le directeur des services de santé, en mobilisant le registre affectif, évoquait l'espoir du traitement des malades du sida.

L'existence d'une « médecine de laboratoire » avait été présentée comme l'une des « pièces manquantes » de l'accès aux médicaments sur le continent africain (Petti et al. 2005) en vue de surveiller au plus près l'évolution du virus, de contrôler l'apparition de résistances, de modifications génétiques, etc. Aussi la construction d'infrastructures de laboratoire pour remplacer les « infrastructures insuffisantes », contribua-t-elle à la fascination des chercheurs internationaux car elle était interprétée comme le franchissement d'un pas décisif dans la lutte contre le sida. L'un des premiers sites d'étude virologique de l'école de santé publique de Harvard, le laboratoire de Souleymane Mboup à Dakar était ainsi décrit, avant l'arrivée de l'école de santé publique de Harvard comme « composé d'une seule pièce, équipé d'un microscope, de pipettes, et d'un seul Bec Bunsen! ». Dans plusieurs capitales africaines, l'état « existant » au moment où les coopérations se mettent en place est décrit comme « basique » contribuant à une représentation d'incapacité des systèmes de santé à faire face à l'épidémie. Dans leurs descriptions de leurs sites d'intervention, les chercheurs de Boston présents au Botswana témoignent d'une certaine fascination envers la rapidité et la possibilité même d'une telle transformation, comme ils l'avaient fait pour le Sénégal: « Aujourd'hui, le laboratoire, entièrement doté d'équipements de pointe est le centre biomédical sur le sida le plus grand et le plus avancé d'Afrique de l'Ouest »²²⁴. A Gaborone, lors de l'ouverture du laboratoire, M. Essex notait que les techniques de pointe telles que les tests qualitatifs PCR, les analyses du génome viral et les analyses d'infectiosité sérologique qui allaient être réalisées à Gaborone, ne se faisaient que dans les meilleurs centres de recherche au monde²²⁵.

Lorsque le président de la République F. Mogae donna les clés du laboratoire à Max Essex, le 1^{er} décembre 2001, il le décrivit comme « le plus moderne et le plus sophistiqué d'Afrique »²²⁶. Dix ans plus tard, dans la brochure qui célèbre les dix ans de BHP, en 2006, le laboratoire de Gaborone était à nouveau entrevue selon le prisme de l'excellence: « Le Laboratoire Botswana-Harvard de référence pour le VIH est un établissement de recherche de pointe et de suivi des traitements dont le calibre et l'échelle sont inégalés en Afrique à l'heure actuelle »²²⁷. Au Botswana, à partir d'infrastructures minimales le ministère de la santé et le gouvernement ont investi d'une façon considérable et jugée rapide (« ils ont construits le laboratoire en un an ! ») et ont ainsi fourni les instruments de leur

²²⁴ Voir Kanki & Marlink (2009, 132).

²²⁵ Communiqué de presse « Harvard AIDS Institute and Botswana ministry of Health open state-of-the art laboratory », Gaborone, BHP, 1^{er} décembre 2001.

²²⁶ « Harvard AIDS Institute and Ministry of Health of Botswana Open State-of-the-Art HIV Reference Laboratory. Scale and caliber if facility unmatched in Africa », communiqué de presse (Botswana-Harvard Partnership) annonçant l'ouverture du laboratoire, voir <http://www.bhp.org>.

²²⁷ Brochure « Weaving Knowledge with commitment », Botswana-Harvard Partnership 10 years, 2006.

crédibilité”:

Le laboratoire de Référence est unique en Afrique en tant que laboratoire dédié uniquement au traitement et à la recherche sur le VIH et permet de tester et de suivre de très importants volumes, tels que requis par une intervention de grande échelle sur le VIH et pour une recherche hautement sophistiquée telle qu'ordinairement conduite seulement dans les pays occidentaux²²⁸

Au-delà de l'impression de compétition (« le plus sophistiqué d'Afrique »), l'imaginaire de la santé en Afrique était en train de se transformer au tournant des années 2000 (Cohen 2000). Désormais les infrastructures d'excellence (« *state-of-the-art* ») étaient perçues comme la clé de l'accès aux médicaments et ouvraient une nouvelle phase pour la politique de santé publique dans laquelle la recherche clinique occupait une place renouvelée.

Le récit de la construction du laboratoire « Botswana-Harvard » entre 2000 et 2001 a permis de souligner un tournant décisif pour l'accès aux ARV au terme d'un double mouvement de mise en conformité avec les standards internationaux de la recherche biomédicale transnationale et de mise en cohérence avec les objectifs de santé publique du gouvernement botswanais. D'une part, la fascination des acteurs pour l'efficacité de l'État botswanais et le discours des « centres d'excellence » présage de l'insertion de l'accès aux médicaments au cœur de la recherche scientifique internationale et de ses priorités, avec la mise aux normes des sites de recherches avec les critères des revues scientifiques internationales et avec les règles d'éthique biomédicale (en termes d'accès aux soins en particulier). D'autre part, le rôle de la planification pour le développement a permis la mise en cohérence avec les objectifs de santé publique dans la mesure où l'existence de capacités de laboratoire s'était imposée comme le préalable à l'accès aux antirétroviraux pour les États africains dont les systèmes de santé avaient été jugés à leur capacité à surveiller biologiquement la population sous traitement.

Autour des années 2000, de tels laboratoires d'excellence se construisent dans divers pays d'Afrique à partir de petits laboratoires comme au Botswana ou bien sur les fondations d'une coopération médicale postcoloniale comme le montrent le cas du Sénégal ou du Cameroun avec les liens politiques et scientifiques étroits le cadre de coopérations biomédicales (Institut Pasteur, Institut de Médecine et d'Épidémiologie Avancées, Agence Nationale de Recherches sur le Sida). Toutefois, les géographies qui se redessinent autour des laboratoires et des hôpitaux dans lesquels sont pris en charge les malades laissent entrevoir des pays qui, en quête de collaborations thérapeutiques, « se mettent à disposition » de la recherche internationale pour de nouveaux acteurs (comme les universités états-uniennes).

228 Idem.

Section 3 – Le rôle de la recherche clinique dans la mise en œuvre de l'accès aux antirétroviraux.

Les recherches virologiques et biomédicales menées sur le VIH/sida en Afrique ont contribué à l'édification d'infrastructures de laboratoire qui vont permettre d'adapter et de préparer les systèmes de santé à la généralisation des médicaments antirétroviraux. Plus précisément, les projets de recherche clinique deviennent des moyens pour accélérer le démarrage des programmes nationaux d'accès aux ARV. Pour analyser le rôle des acteurs de la recherche biomédicale dans l'accès aux ARV au tournant des années 2000, l'histoire croisée avec le Sénégal continue d'être pertinente. Après avoir envisagé ce croisement lors de l'arrivée de l'école de santé publique de Harvard en Afrique et les premières collaborations à Dakar et à Gaborone, l'approche croisée permettra ici de mieux éclairer l'imbrication entre la recherche clinique et les programmes d'accès aux ARV en Afrique.

L'Initiative Sénégalaise d'Accès aux ARV (ISAARV) a débuté quelques mois avant le programme botswanais Masa et tous deux ont fonctionné à partir d'un programme pilote organisé autour d'un essai clinique. On qualifie de projet pilote « un projet au cours duquel est testé, pendant une période déterminée, un certain modèle de soins et/ou une organisation de soins qui n'existent pas encore dans les soins de santé réguliers. Le but est d'en examiner la faisabilité. Après cette phase de test, il sera décidé si ce modèle est régularisé ou non » (Mbodj 2009, 135). L'existence de ces projets pilotes signifie que l'accès aux antirétroviraux en Afrique a été mis en œuvre à la condition d'être étroitement surveillé. Comment expliquer que tous les programmes d'accès aux ARV se soient d'abord présentés sous la forme de programmes pilotes ?

L'étude Hope, un tournant dans l'accès aux ARV

Après avoir commencé un « projet pilote » sur l'étude de la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant (étude « Milk »), suivant de peu la mise à disposition d'AZT pour les femmes enceintes par le gouvernement botswanais (programme PTME, à partir de 1998-1999), les chercheurs de Harvard présents à Gaborone s'apprêtaient à commencer un essai comparant différents régimes d'antirétroviraux. Dans le courant de l'année 2001, ce projet de recherche clinique – que je surnomme Hope²²⁹ – supervisé par Harvard avec un financement de Bristol-Myers Squibb devait démarrer tandis que le programme d'accès aux ARV était encore en cours de pré-élaboration. Cette étude clinique avait pour objectif de surveiller les résistances et la tolérance à différents régimes associant des inhibiteurs de protéase ainsi qu'à comparer deux régimes d'observance aux ARV²³⁰. Le délai important dans la

²²⁹ J'ai changé le nom de l'étude. Toutes les études cliniques menées par Harvard au Botswana portent toutes un nom setswana ayant une signification.

²³⁰ Les six combinaisons antirétrovirales testées dans le cadre de Hope (Traitement ARV et résistance parmi les adultes) sont (A) AZT – 3TC – NVP ; (B) AZT – 3TC – EFV ; (C) AZT – DDI – NVP ; (D) AZT – DDI – EFV – E) D4T – 3TC – NVP ; (F) D4T – 3TC – EFV ainsi que deux stratégies d'observance dont le "standard of care" (SOC) et la stratégie SOC plus stratégie d'observance directe à base communautaire ou familial (COM-DOT). Cette étude financée par BMS est l'un des « grants » les plus importants de Secure the Future (17.000.000 \$). Voir http://www.securethefuture.com/our_experience/funding/grant_recipients.shtml

mise en route de l'essai clinique était lié au fait que les responsables de Bristol-Myers Squibb de souhaitaient s'assurer que le ministère de la Santé botswanais continuerait à fournir des antirétroviraux aux patients une fois que leur essai serait terminé²³¹. Le programme national n'étant encore qu'en phase d'élaboration, le ministère tarda à s'engager.

En attendant d'obtenir cette assurance du ministère de la santé et les autorisations délivrées par le comité d'éthique, trois cliniciens chercheurs de Harvard proposèrent de commencer à fournir des médicaments à des patients à l'hôpital, en profitant des conditions matérielles dont ils disposaient pour leur projet. Les médecins de Boston, qui apportaient un appui ponctuel les services de l'hôpital (notamment aux Urgences), utilisèrent, avec l'accord du ministère de la santé, l'espace alloué par l'hôpital pour leur projet pour traiter les premiers patients. Ils négocièrent avec une clinique privée voisine pour obtenir des médicaments, quelques mois avant la mise à disposition promise par le gouvernement (et que le partenariat ACHAP signé quelques mois plus tôt avait vocation à soutenir). Avant que l'accès aux médicaments ne soit officiellement une politique publique, l'essai clinique, par les moyens qu'il put déployer, contribua à l'accélération de la politique de soin, ainsi que se le remémore le directeur de l'hôpital Princess Marina à cette période:

L'équipe de Harvard a commencé à introduire les traitements à Princess Marina, environ six mois avant que le programme ne commence officiellement, c'était une opportunité pour... ce n'était pas un pilote ce n'était pas officiel en fait, c'était... ils préparaient leur projet de recherche, l'étude Hope et donc ils avaient une équipe et n'avaient pas grand chose à faire et donc nous – j'étais le directeur de l'hôpital – avons emprunté des médicaments auprès des médecins privés, le Dr Datson qui a acheté les médicaments car elle était la première à les avoir introduits dans le privé et elle avait reçu des dons, donc elle a prêté des médicaments car nous ne pouvions lui payer donc on a dit que l'on rembourserai dès qu'on aurait l'argent [*sous entendu de ACHAP*] (Entretien Dr H. Moffat, ministère de la Santé, Gaborone, octobre 2008)

Le ministère de la santé accepta cet arrangement et proposa de les remplacer ou de les rembourser au médecin européen de la clinique privée adjacente à l'hôpital. Grâce à ce prêt, les médecins de Harvard traitèrent les patients avec des ARV au lieu de commencer leur essai clinique sur l'étude des différentes combinaisons d'ARV. Pendant plusieurs mois, les ressources humaines (médecins, infirmiers) et matérielles dont l'étude clinique était dotée, ont été provisoirement détournées pour commencer le programme national de traitement, pour en faire une « version pilote » avant son lancement officiel.

L'étude Hope étant un peu retardée, le Dr Brown et le Dr Altman ont décidé de commencer à traiter les gens. Ils étaient cliniciens et avaient négocié pour que le programme national commence avec des médicaments donnés par le Dr Datson. Quand je suis arrivée pour travailler avec eux, ils avaient un programme pilote avec 79 patients puis à la fin de la première année on avait pratiquement 300 patients mais là c'était le début du programme national et alors je me suis occupée du centre et Brown et Altman sont retournés à l'étude Hope. Mais il y a bien eu toute une année avant que l'on puisse commencer Hope. Mais vu que Hope avait de l'argent, ils pouvaient embaucher des infirmières alors on a dit que c'était le pilote pour Hope avant cela et je pense officiellement on a lancé le programme le 31 janvier 2002 donc tous les patients avant à partir de juin ou juillet, les 300 et quelques patients étaient des patients de l'étude pilote de Harvard et ensuite le programme national a commencé... (Retranscription d'entretien Dr Alma, Gaborone, octobre 2009).

(10.01.2011).

²³¹ Entretien J. Damonti, fondation BMS, par téléphone, 23 mai 2012.

Dans le récit de Dr Alma qui est arrivée dans le courant de l'année 2001 avec Harvard, la notion de « pilote » est même l'objet d'une confusion qui lui fait dire que le fait de traiter les patients à ce moment, en avance, du programme a constitué une forme pilote de l'étude Hope (et non une forme pilote du programme national), confusion révélatrice d'une « frontière perméable entre la recherche clinique et le soin médical » (Petryna 2005a). L'accès aux antirétroviraux procéda de façon similaire au Sénégal, où les acteurs de la recherche clinique permirent au programme de santé publique d'exister: l'ISAARV a commencé sous la forme d'un projet clinique procédant à l'inclusion des premiers patients sous ARV, qui étaient surveillés à intervalles réguliers.

Le changement qui s'opère avec l'étude Hope après l'ISAARV au Sénégal est important à la fois sur le plan des acteurs et de leurs intérêts : il s'agit pour les acteurs biomédicaux d'œuvrer à l'accès aux médicaments. A ce moment en effet, les médecins à Gaborone n'imaginaient plus conduire une étude clinique en l'absence d'un accès aux médicaments garanti par le gouvernement :

On pensait à la mise en œuvre de notre essai clinique. Mais on voyait clairement qu'il y avait tellement de personnes infectées et on a commencé à faire des analyses de labo et les CD4 et clairement, nous n'étions pas prêts à ouvrir l'essai clinique pour fournir des ARV donc on voulait fournir²³² des ARV aussi rapidement que possible au moins dans une forme pilote (Retranscription d'entretien, Dr Brown, médecin, chercheur, Gaborone, BHP, janvier 2008).

Une des clés du tournant de l'étude Hope réside précisément dans l'expression « nous n'étions pas prêts » qui ne signifie pas l'absence de préparation (Dr Moffat vient de dire qu'ils avaient une équipe et n'avaient pas grand-chose à faire) mais plutôt l'existence d'une impasse politique et morale pour les cliniciens chercheurs. Bien que trop coûteuses, des thérapies efficaces existaient et leur mise à disposition en Afrique s'imposait de plus en plus sur un plan politique et moral. En plus d'une mobilisation politique internationale, les controverses sur l'éthique des essais cliniques dans les années 1990 en Afrique contribuèrent à souligner l'inégal accès aux soins²³³. Il se produisait dans la communauté internationale un point de basculement à l'issue duquel il n'était plus envisageable de conduire des recherches sur les thérapeutiques du sida au sein de populations privées de soin.

L'implication des acteurs biomédicaux pour la généralisation des médicaments

L'école de santé publique de Harvard : un positionnement plus explicite

Qu'ils aient eu ou non les médicaments à leur disposition, les médecins de Harvard à Gaborone en 2001 n'étaient pas venus à Gaborone pour dispenser des médicaments, mais pour inclure des patients dans une étude de surveillance qui devait se faire parmi des patients suivant une

²³² Ici il faudrait traduire "on voulait que le gouvernement fournisse des ARV" car le médecin explique que les conditions ne se prêtaient pas au démarrage de l'essai car les patients n'avaient pas accès aux médicaments. Cela est du reste confirmé par un autre entretien mené plus récemment avec le responsable de la fondation de Bristol Myers Squibb, financeur de l'essai clinique. Selon cet interlocuteur, BMS en tant que "sponsor" attendait des garanties de la part du gouvernement sur le fait que les patients inclus dans l'essai seraient à l'issue de l'essai réintégrés dans le système de santé pour bénéficier du même standard, les antirétroviraux.

²³³ Les controverses sur l'éthique biomédicale dans les recherches cliniques menées dans pays du Sud (Angell 1997; Lurie et Wolfe 1997) y contribuèrent indirectement car elles dénonçaient surtout le non-respect de l'éthique biomédicale (par exemple l'utilisation d'un groupe placebo alors que l'AZT était efficace) plutôt que les inégalités mondiales de l'accès aux soins et l'économie politique de la santé.

thérapie antirétrovirale. Or, il était impensable de fournir des médicaments antirétroviraux à des patients tandis que le reste de la population n'y avait pas accès. De la même façon, les chercheurs de Harvard présents à ce moment en Afrique du Sud rencontraient pareil dilemme. Lorsqu'il fut question pour le Dr Bruce Walker de l'école de médecine (Harvard Medical School), qui coordonnait la recherche immunitaire sur le VIH à Durban d'y ouvrir un laboratoire en 2002, il lui parut irresponsable de conduire des recherches sans offrir des traitements : « Nous avons ressenti que nous ne pouvions pas continuer de faire de la recherche sans commencer à traiter les gens »²³⁴. La résolution des contradictions (offrir le meilleur traitement disponible comme standard de soin) plaidait directement pour la mise en œuvre de l'accès aux médicaments. Mais cet accès serait étudié dans un cadre rigoureusement scientifique (l'essai clinique) permettant de lever l'ensemble des doutes subsistant sur la capacité des patients et des systèmes de santé à généraliser les ARV.

Plusieurs professeurs de Harvard réfléchirent aux moyens de fournir des médicaments au plus vite dans les pays pauvres. Ils rédigèrent en avril 2001 une déclaration commune plaidant pour l'accès aux antirétroviraux qui redéfinissait la politique de Harvard qui était jusqu'alors de ne pas s'impliquer directement dans la fourniture de soin médical. Dans cette déclaration « *Consensus Statement on Antiretroviral Treatment for AIDS in Poor Countries* » adoptée le 4 avril 2001²³⁵, les 140 membres de Harvard signataires (en particulier membres de l'école de médecine, de l'école de santé publique et d'autres départements) dressaient un bilan de la situation de l'accès aux soins et des opportunités pour la diffusion des traitements, ainsi qu'une évaluation du coût dans les premières années. Les signataires insistaient sur la nécessité de combiner, dès le début, l'accès aux soins avec une très forte dimension de surveillance et d'évaluation par des études cliniques :

Nous proposons que la mise à disposition générale des thérapies antirétrovirales soit planifiée sur des périodes de 3-5 ans par des programmes pilotes de grande envergure visant à déterminer les meilleures stratégies de traitements pour les pays pauvres (extrait du *Harvard Consensus Statement*, 4 avril 2001)

Il faut préciser deux éléments de contexte. En avril 2001, la mobilisation internationale pour l'accès aux médicaments dans les pays pauvres atteint son zénith avec le procès intenté par 39 compagnies pharmaceutiques contre le gouvernement sud-africain et son projet de loi permettant l'importation de génériques : celles-ci s'apprêtaient à retirer leur plainte. Deuxièmement, en ce qui concerne l'université, à cette période le médecin anthropologue Paul Farmer (Harvard) avait déjà commencé à distribuer des ARV en Haïti, sans surveillance biologique, avec des critères de surveillance clinique. Ces deux événements ont probablement agi en faveur de la Déclaration de Harvard afin de fournir un cadre politique à l'action future de l'institution.

Les signataires proposèrent que l'accès aux ARV soit encadré par une série d'études cliniques mises en place parallèlement dans différents endroits et que ces essais cliniques soient financés par des institutions scientifiques publiques des pays riches (National Institutes of Health (NIH), Centers for

²³⁴ "We felt that we couldn't keep doing research unless we started treating people », in « The Politics of Paying for HIV Care », Harvard Magazine, octobre 2010: 26-27.

²³⁵ Le texte de cette déclaration peut être consulté sur le site de ProCAARE <http://www.procaare.org/archive/procaare/200104/msg00001.php> (03/05/2011).

Disease Control and Prevention (CDC), Onusida ou autres centres de recherche universitaires). L'accès aux ARV au Botswana se dessinait ainsi à ce moment là. ACHAP était en train de se mettre en place, les cliniciens-chercheurs attendaient de pouvoir mettre en place l'étude Hope et s'apprêtaient à traiter les premiers patients avec des antirétroviraux. La déclaration poursuivait en effet :

Une proportion importante des personnes recevant des traitements dans ces programmes sera aussi enrôlée dans des essais cliniques intensifs qui collecteront une information clinique, immunologique et virologique de pointe (...) Des programmes pilotes d'envergure associés avec des études cliniques rigoureuses sur le plan scientifique, permettront non seulement de rendre les traitements disponibles immédiatement et également de collecter les données nécessaires pour améliorer le traitement dans le futur (Extrait du *Harvard Consensus Statement*, 4 avril 2001)

La déclaration de consensus de Harvard reprenait en grande partie l'expérience botswanaise qui a influencé la politique de l'Université et en a constitué une phase expérimentale : la recherche clinique est conçue comme la technologie à même d'apporter la preuve intangible de la faisabilité de l'accès aux traitements:

Les pays dans lesquels ces essais seront conduits seront sélectionnés sur la base d'un important soutien gouvernemental et ayant quelques infrastructures existantes à l'appui (...) de tels essais pourraient ainsi recruter plusieurs dizaines de milliers de patients dans un pays ou une fraction non négligeable de tous les patients séropositifs dans un petit pays (*idem*)

La perspective de l'accès aux antirétroviraux, dans le cadre d'un programme national, bénéficiant d'un soutien gouvernemental offrait la possibilité d'étudier l'ensemble des manifestations virologiques, biologiques, cliniques du VIH parmi les personnes qui vont bénéficier du programme. La comparaison avec l'expérience sénégalaise s'avère utile à nouveau car elle précède de quelques mois le programme botswanais et s'est structurée également autour d'une étude clinique.

L'ANRS aux côtés du gouvernement sénégalais

Le rôle de l'ANRS fut encore plus précoce que celui de Harvard pour envisager des solutions de traitements pour les malades sénégalais et s'inscrit dans une histoire de coopération politique et biomédicale plus ancienne, ayant ses origines dans l'histoire coloniale. Les collaborations biomédicales étaient organisées et solides entre chercheurs français et les acteurs de santé publique sénégalais, allant des médecins et chercheurs du CHU de Fann à Dakar aux responsables de santé publique du Programme National de Lutte contre le sida (PNLS) du ministère de la santé. Au Sénégal ceux-ci constituaient une « équipe stable et multidisciplinaire » (Mbodj 2009, 127), autour de personnalités comme Ibra Ndoye, Pr S. Mboup (collaborateur de M. Essex et P. Kanki à Harvard), Awa-Marie Coll Seck, Pr A. Sow (Services des maladies infectieuses du CHU de Fann).

Du reste, il faut rappeler le rôle de la France dans le débat sur l'accès aux médicaments des pays africains. Dès 1997 le président Jacques Chirac dénonçait, à Dakar, l'inégal accès aux soins et était relayé par le ministre de la Santé, Bernard Kouchner, qui plaida pour une ingérence thérapeutique et un fonds de solidarité thérapeutique internationale qui préfigura le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme. Dans ce cadre, l'Agence nationale de recherches sur le sida aux côtés d'autres instituts de recherche comme l'IRD et l'IMEA historiquement présents en Afrique francophone, jouèrent un rôle de premier plan dans la recherche de solutions biomédicales

afin d'accéder à des thérapies efficaces et à un coût abordable. D'ailleurs, les essais cliniques financés par l'ANRS visant à mettre au point des protocoles de traitement adaptés (régime court d'AZT, en Côte d'Ivoire et au Burkina Faso) ne furent pas épargnés par les critiques sur le respect de l'éthique biomédicale (Anglaret et Msellati 2003).

L'Initiative gouvernementale d'accès aux ARV fut annoncée par le Programme national de lutte contre le sida (PNLS) au Sénégal au début de l'année 1998. L'État avait dégagé un crédit gouvernemental et reçu l'appui de l'Agence nationale de recherches sur le sida (ANRS) et de l'Union européenne pour le suivi clinique et biologique de 40 premiers patients en 1998.

Les enjeux scientifiques des programmes d'accès aux ARV

La constitution de cohortes dans le cadre de projets pilotes

Ce programme pilote sénégalais consistait en la mise en place d'un dispositif de recherche clinique par le suivi de cohorte (ANRS 1215²³⁶) qui comptait initialement 40 patients. Le programme pilote a ensuite intégré des patients participant à deux autres essais cliniques et des patients du programme de prévention de la transmission de la mère à l'enfant : à la fin de l'année 2000, le programme pilote d'accès aux ARV sous la forme de ce suivi de cohorte clinique comptait 166 patients. Puis, après une baisse des prix des médicaments, le nombre de patients bénéficiant de traitements atteint 300 en 2001 et 450 patients en 2002 dans l'ISAARV (Desclaux et al. 2002). Dans sa phase pilote, le programme botswanais comptait plus de 300 patients prenant des ARV avant l'annonce officielle du démarrage de Masa fin janvier 2002. Ces phases pilotes furent décisives pour orienter les décisions de santé publique. Dès 2000, les responsables sénégalais décidèrent d'élargir l'ISAARV aux dix régions administratives du pays dans le cadre du programme de décentralisation de l'ISAARV commencé officiellement le 1^{er} décembre 2001. L'essai clinique, structuré autour de la constitution de cohortes, joua en effet un rôle de premier plan : celui d'apporter la preuve de la faisabilité et de l'efficacité des antirétroviraux chez les patients africains.

Prouver la faisabilité de l'accès aux ARV chez les patients africains

La mesure de l'observance des patients aux ARV et le développement éventuel de résistances aux traitements fut également un objectif central des cohortes qui se constituèrent à Gaborone et à Dakar. Les résultats biomédicaux de ces « premiers patients mis sous traitements »²³⁷ fournirent à la communauté internationale la « preuve » du bien-fondé de cette politique de santé publique.

Entre 1998 et 2001, au sein de la cohorte ANRS 1215 à Dakar, furent évalués tant l'efficacité thérapeutique (Laurent et al. 2004) que de la faisabilité en termes d'organisation des soins, de « coût-efficacité » et d'un ensemble de questions d'ordre économique, social et politique. Au cœur de ces

²³⁶ Son financement a été renouvelé en 2008 ; la cohorte fut suivie jusqu'en juin 2010.

²³⁷ Rappelons que les antirétroviraux étaient disponibles dans de nombreux pays africains dans le privé, à des coûts exorbitants.

travaux portant sur des enjeux de santé publique fondamentaux en Afrique de l'Ouest figurait notamment l'accessibilité financière des patients, qui ne posait pas au Botswana où avait été d'emblée prévue la gratuité. Au Sénégal, comme en Côte d'Ivoire, pays qui étaient nettement plus dépendants du financement extérieur et plus fragiles économiquement, les essais conduits par l'ANRS et les recherches socio-économiques avaient pour objectif d'apporter des preuves scientifiques de la faisabilité de l'accès aux médicaments et de l'importance de la gratuité (Moatti et al. 2003) pour l'observance des patients, les enjeux concernant le financement du système de santé, etc. (Ndoye et al. 2004).

En ce qui concerne le Botswana, les publications dans des revues biomédicales ont mis l'accent sur le faible degré d'échec virologique, la bonne observance des patients, la baisse de la mortalité et le faible nombre de « perdus de vue », le nombre de soignants formés, en d'autres termes tout un ensemble de critères retenus pour statuer de la réussite du programme de santé publique. Ces résultats furent présentés à deux ans (Moatti et al. 2003) puis à cinq ans (Bussmann et al. 2008). L'ensemble des données biologiques et cliniques des patients qui bénéficiaient d'ARV furent collectées et centralisées par le laboratoire BHP puis analysées systématiquement selon ces critères. Il s'agissait de démontrer l'excellente réponse immunologique et virologique ainsi que les taux d'observance des patients. L'article paru dans la revue *AIDS* en 2008 concluait : « ce premier groupe d'adultes mis sous HAART au Botswana eut des résultats immunologiques, virologiques et cliniques excellents et soutenus pendant les cinq ans de suivi ainsi qu'une faible mortalité ». De façon similaire à l'expérience sénégalaise (dont la cohorte ANRS 1215 fut suivie jusqu'en juin 2010), les données des premiers patients enregistrés furent jugées « comparables aux résultats enregistrés dans les pays industrialisés » (Bussmann et al. 2008, 2304) jusqu'à cinq, huit ou dix ans après le début du programme. Les « excellents résultats des premiers patients africains » devinrent au début des années 2000 des sujets de compétition scientifiques à travers les revues biomédicales qui rivalisaient pour montrer le succès des antirétroviraux en Afrique. En revanche, à la différence du Sénégal où se structuraient de très solides programmes de recherche en sciences sociales, les aspects cliniques et biologiques prédominaient dans l'étude de la mise en œuvre de l'accès aux ARV au Botswana.

Un élément distinctif : le rôle des sciences sociales

Le rôle des sciences sociales et leur « nécessaire implication » (Benoist et Desclaux 1996) fut central dans le programme sénégalais : l'ancrage du programme national dans la recherche biomédicale a été équilibré par ce rôle donné aux recherches en sciences sociales. Les financements de l'ANRS ont permis le suivi clinique et biologique mais ont également préconisé des recherches sur tout un ensemble de paramètres liés au suivi psychosocial, aux implications du programme et des médicaments sur le plan familial, social et politique dans le cadre du programme SIDA-K (IRD/IMEA/coopération française). Cela a assuré une visibilité et une prise en compte de ces enjeux par les responsables de santé publique et directement effectué un plaidoyer politique notamment pour la gratuité des médicaments. Lorsque les résultats du projet pilote furent présentés en 2003 à l'International AIDS Society par Jean-Paul Moatti, économiste de la santé coordonnant les recherches socio-économiques de l'ANRS, celui-ci avait les moyens de démontrer le coût-efficacité des

antirétroviraux pour les patients sénégalais ce qui lui permettait de dénoncer au moyen d'arguments « économiques » l'inégal accès qui caractérisait la plupart des États africains, avec le soutien de nombreux chercheurs en science sociales (Mbodj 2009, 144). Les projets en sciences sociales de l'ANRS ont contribué à éradiquer les derniers obstacles aux traitements, notamment en montrant que les ARV distribués largement étaient efficaces en particulier s'ils étaient délivrés gratuitement (Moatti et al. 2003).

Le paysage de la recherche sur les premiers temps de l'accès aux ARV au Botswana fut en revanche marqué par la prééminence des chercheurs biomédicaux. Quelques projets furent menés par les chercheurs de Harvard et d'autres universités nord-américaines, sur les « aspects sociaux et comportementaux » (les obstacles à l'observance par exemple) mais n'avaient pas pour ambition de mettre en évidence ses enjeux sociaux, économiques et politiques. De nombreuses enquêtes par questionnaires furent conduites mais n'étaient pas systématiquement incluses dans un programme de recherche pluridisciplinaire ancré au programme national. Cela aura des implications pour expliquer la moindre légitimité aux yeux des acteurs locaux des nombreux de micro-projets en sciences sociales qui seront menés autour des médicaments antirétroviraux.

Le programme national botswanais a garanti la primauté de l'évaluation scientifique de l'accès aux médicaments selon des critères biologiques. Harvard a confirmé sa place internationale dans l'arène scientifique du VIH car le programme botswanais répondait à la « nécessité de produire des données qui soient compatibles avec les attentes des revues scientifiques et des organismes financeurs basés dans les pays riches requièrent des mesures quantitatives de la progression de la maladie » (Crane 2010b, 85). Ces technologies de surveillance biomédicales (CD4, charge virale) disponibles au Botswana dès 2001 se sont améliorées à mesure de la généralisation des ARV grâce à un « système de gestion des données des patients » créé de façon *ad hoc* à partir du centre ARV de l'hôpital Princess Marina (Bussmann et al. 2006).

Les responsables d'études cliniques ont souligné l'opportunité qu'ils ont eu d'y collecter de « bonnes données ». Les patients du programme étaient des sujets de valeur et leurs données cliniques étaient qualifiées de « pures » ou vierges. Le fait de pouvoir observer les réactions biologiques et cliniques aux traitements sur toute une population « naïve » de traitement, c'est-à-dire de patients n'ayant pas été exposés à d'autres médicaments offrait une garantie cruciale : des données fiables. Un chercheur ougandais cité par Johanna Crane confirmait qu'à cette période: “un échantillon biologique d'avant le traitement, c'est comme de l'or pour nous” (2010a, 89). De plus, le laboratoire de pointe assurait les responsables des études cliniques du fait que les données sont de « bonne qualité ». La coordinatrice de l'étude « Milk », cinq ans après le début de l'étude, notait que le fait de conduire des recherches au Botswana permettait de disposer de « données de haute qualité » ou de « données propres »²³⁸. Les chercheurs mentionnent cet élément lorsqu'ils signalent que le Botswana est un site « sûr » et fiable pour la recherche clinique. En effet, les données sont contrôlées sur place

²³⁸ « An Interview with Carolyn Wester », *Spotlight*, HSPH-HAI, vol. 3, Issue 2, 2005.

dans l'espace du laboratoire par des assistants de recherche formés par les chercheurs de Harvard, des biologistes ayant reçu une formation directement à Boston.

Conclusion du chapitre 4

Après les premières études virologiques sur le HTLV puis le VIH dans les années 1980, les recherches destinées à démontrer la spécificité du virus en Afrique ont montré leurs limites, tout comme les projets vaccinaux²³⁹. En revanche, c'est en palliant le défaut de prise en charge thérapeutique du VIH en Afrique²⁴⁰ que les chercheurs apportent les résultats les plus reconnus en termes de santé publique et dans le champ scientifique international. La prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant, l'étude des résistances et des toxicités des traitements et la formation à la prescription des ARV représentent autant d'intérêts scientifiques que partagent les chercheurs de laboratoire, les médecins et les responsables de santé publique: accroître la population de patients sous traitement, infléchir les indicateurs épidémiologiques, éviter l'« échec » virologique et les résistances aux traitements. Ce basculement dans l'accès aux médicaments se situe dans la prolongation d'une collaboration équilibrée dans laquelle le gouvernement botswanais a négocié la réalisation de ses objectifs de santé publique visant à fournir des traitements à sa population. Cela apporte un contrepoint à des analyses selon lesquelles les scientifiques et notamment les virologues ne se sont intéressés qu'à des objectifs de recherche virologiques, y compris pour déceler les prochains virus (Lachenal, à paraître). Les mobilisations transnationales pour l'accès aux médicaments au Sud, et les débats sur le respect de l'éthique biomédicale dans les projets de recherche clinique ont également fait évoluer les stratégies des acteurs biomédicaux. Au tournant des années 2000, il est devenu intolérable de mener des essais cliniques sur les antirétroviraux en Afrique sans que ces traitements soient disponibles dans le système de santé publique, et deviennent le « standard de soin ». Pour autant, ce basculement pour l'accès aux ARV ne fut pensable pour la communauté internationale que dès lors que cette politique se ferait dans le cadre de l'essai clinique, c'est-à-dire étroitement surveillé et produisant des données. L'essai clinique fut envisagé comme le seul dispositif permettant d'apporter la preuve du bien fondé d'une politique d'accès aux médicaments en Afrique. L'accès aux ARV en Afrique était donc conçu comme une innovation qu'il fallait surveiller dans le cadre de sa mise en œuvre.

Plus encore, à travers la généalogie de la collaboration biomédicale entre Harvard et le gouvernement botswanais, histoire qui a croisé celle de la recherche sur le VIH-2 au Sénégal jusqu'à l'ISAARV, les modalités d'intervention des acteurs biomédicaux sur le sida en Afrique se caractérisent par leur potentiel d'exploration et la commodité de l'intervention. En ce qui concerne le potentiel d'exploration, l'Afrique subsaharienne est imaginée dès les débuts de l'épidémie comme le lieu d'un

²³⁹ Sur l'histoire de la recherche vaccinale en lien avec le VIH voir le livre de Jon Cohen (2001) et sur l'échec des projets vaccinaux de Merck voir Cohen, J. "AIDS Research: Did Merck's Failed HIV Vaccine Cause Harm?", *Science*, 318 (5853) (2007).

²⁴⁰ « The most obvious difference is clinical, and you don't need a medical degree to see it » in Cohen, J., « Is AIDS a different disease? », *Science*, 2000: 2154.

foisonnement d'hypothèses et d'un recueil de données jugées « bonnes » pour les démontrer et ce constat est redoublé à l'orée de la généralisation de l'accès aux médicaments. L'intervention biomédicale, dès les premières recherches virologiques, se définit également par son accessibilité, sa commodité, l'aisance et la rapidité avec laquelle la recherche pouvait être conduite, tout comme la fiabilité du partenaire. Cette logique explique que la capitale sénégalaise soit devenue un « site idéal » pour l'étude du VIH-2 grâce au suivi médical des prostituées dakaroises à l'Institut d'hygiène sociale (Gilbert 2009). La régulation étatique de la prostitution s'est agencée aux conditions requises pour la recherche biomédicale dans le cadre du laboratoire de S. Mboup : visites médicales et prélèvements à intervalles très réguliers et contrôlés (Poleykett 2012). L'existence d'une telle cohorte à Dakar a facilité la poursuite des recherches sur le VIH avec l'équipe de Harvard. Ces deux caractéristiques (potentiel d'exploration, commodité de l'intervention) ont facilité de la même façon la mise en œuvre du partenariat autour du laboratoire Botswana-Harvard à Gaborone. Les mêmes contingences expliquent la collaboration entre les chercheurs de Harvard et les responsables de santé publique botswanais et son basculement en faveur de l'accès aux médicaments. La possibilité d'améliorer significativement les conditions sanitaires en Afrique tout comme les enjeux de santé publique (enrôlement, observance, résistance) étaient devenues les plus valorisées au niveau scientifique.

Au moment de ce tournant, et en marge de la Conférence internationale sur les rétrovirus (CROI) de San Francisco en février 2000, le journaliste Jon Cohen notait que « les chercheurs spécialistes du sida se tournent vers l'Afrique en quête nouvelles idées »²⁴¹ et que l'Afrique offrait aux conférenciers les résultats les plus intéressants. Anthony Fauci, directeur du National Institute for Allergy and Infectious Disease (NIAID) confirmait alors « Quand cela bouge si vite, il y a tant de choses que l'on peut faire »²⁴². L'explosion épidémique justifiait l'intervention biomédicale mais une intervention biomédicale qui se fit d'abord sous la forme de l'essai clinique. En effet, jusqu'alors envisagés comme des contraintes, les enjeux de santé publique que représentait cette intervention biomédicale dans les conditions singulières des systèmes de santé en Afrique ont suscité une demande de connaissances nouvelles et permis d'apporter la preuve de l'efficacité des médicaments attendue par la communauté internationale.

L'Afrique s'impose en tant qu'objet de savoir puissant et fructueux, dans le cadre d'objectifs de « développement », et la géographie de cette intervention confirme l'importance des sites, des plateformes à partir desquels l'observation et l'intervention se mêlent en vue d'améliorer les conditions sanitaires des populations administrées. La généralisation des antirétroviraux avec ces modalités d'intervention relève-t-elle d'une logique d'expérimentation sur les populations africaines qui renouerait avec les heures sombres de l'expérimentation médicale de la période coloniale ? Pour y répondre, il faut envisager la façon dont la recherche médicale est interprétée localement, dans quelle trame historique, politique et institutionnelle elle s'agence.

²⁴¹ Cohen, J. 2000, « AIDS Researchers Look to Africa for New Insights », *Science*, 287, 5455 : 942-43

²⁴² “When it moves that rapidly, there are many things you can do about it », cité par J. Cohen, op cit, 943.

Chapitre 5 – L'économie politique du traitement du sida: l'attractivité contemporaine du continent africain

En novembre 2008, l'association des médecins du Botswana (Botswana Medical Association) a organisé son assemblée générale à Gaborone sur le thème « quel enseignement de la médecine en 2020 ? »²⁴³. Pendant ces deux jours de présentations, les enjeux de formation notamment le projet d'école de médecine (que je présenterai dans le chapitre 8), le rôle des partenariats biomédicaux (Botswana Harvard Partnership, UPenn Partnership, Baylor Paediatric Initiative) dans l'établissement de cette école de médecine ainsi que les projets de développement sanitaires nationaux ont été débattus. Plusieurs participants (soignants, responsables de santé publique) se sont engagés dans de franches conversations sur les enjeux éthiques et politiques liés au futur de la pratique de la médecine au Botswana. Au cours de ces débats, un médecin est intervenu plusieurs fois pour poser des questions. A la fin d'une présentation sur le respect des normes du consentement éclairé pour la participation des patients dans les études cliniques menées par le partenariat entre le gouvernement du Botswana et l'école de médecine de l'université de Pennsylvanie (Botswana-Upenn Partnership ou BUP), le médecin a été le premier à prendre la parole. Sa voix n'exprimait pas de la colère, il parlait calmement, avec respect, mais le contenu de son intervention était limpide et très critique. Tandis que l'assistante de recherche de BUP avait présenté les efforts de son institution pour garantir l'information des patients, le médecin a mis en question la transparence de l'information :

Merci mais je suis un peu préoccupé que vous n'ayez rien mentionné sur la façon dont l'information et les éventuels bénéfices sont présentés à la communauté ou la nation en particulier pour le VIH/sida. Nous savons tous que l'Afrique est au centre de l'épidémie et il y a des milliers de recherches qui sont faites sur ce continent chaque année: combien de cette information est rendue accessible aux Africains pour leur permettre de contenir la maladie? Et dans le futur, si quelque chose advenait comme un vaccin ou un remède (*cure*), quels sont les bénéfices pour nous sachant que nous sommes les cibles ou les gens parmi lesquels les études sont menées ... (Retranscription d'enregistrement, conférence BMA, Gaborone, novembre 2008).

Dans son intervention, le médecin exprime plusieurs registres d'inquiétudes. Tout d'abord, la

²⁴³ Botswana Medical Association (BMA) General Assembly sur le thème « What medical education in 2020 ? ».

conscience d'une quantité très (trop) importante d'études biomédicales réalisées en Afrique, un phénomène présenté dans le chapitre précédent, corrélé à l'épidémiologie du VIH et au fait que les patients africains aient été ainsi constitués en cibles de la recherche internationale. Le médecin effectue ensuite un parallèle entre l'accélération du nombre de ces recherches (« des milliers chaque année ») et la déconnexion toujours plus grande entre l'investissement (économique et symbolique) autour de la recherche sur le sida et ce dont ses « sujets » (ou ses participants) bénéficient, en termes d'informations sur la recherche, de « droits » sur les résultats de la recherche, etc. Lorsqu'il demande : « quels sont les bénéfices pour nous ? » il revendique en effet de considérer la recherche sur le sida comme un bien de valeur dont la population s'estime dépossédée.

Sur ces différents points, il me semble significatif que le médecin déplace d'emblée l'enjeu local sur l'échelle continentale. Il ne mentionne nullement « le Botswana » – d'où provient, au moins en partie, son expérience (il s'était présenté comme un médecin zambien) – mais de l'Afrique. Cette synecdoque engage à considérer l'intervention biomédicale dans son historicité et à resituer ces préoccupations dans une économie politique mondiale où les inégalités sont toujours vivaces (Kelly et Geissler 2011). Par son interpellation, le médecin invite en effet à une réflexion sur la continuité des pratiques de la recherche médicale en Afrique, une entreprise qui a été historiquement très profitable. Les prélèvements biologiques répétés ayant servi à produire des innovations thérapeutiques n'ont pas automatiquement bénéficié aux populations africaines auprès desquelles les recherches avaient été menées. Lorsque le médecin fait référence à un vaccin ou un traitement efficace qui serait développé (à partir de « nos » biologies), il désigne également un enjeu fondamental dans les débats de bioéthiques récents autour de la recherche clinique au Sud : celle de la cohérence entre la recherche et les réalités locales d'une part et, d'autre part, celle du bénéfice de la recherche entendu à la fois en termes de « propriété » ou de « droits » ou de bénéfices matériels et thérapeutiques.

Après avoir indiqué la tension entre les Africains « sujets d'étude » et les chercheurs qui utilisent, chez eux, les données issues des Africains, le médecin poursuivait son interpellation en évoquant les modalités de production et de circulation des ces recherches biomédicales et il concluait sur l'impératif de régulation politique et de débat public :

Il y a des instances dans ce pays. Il y a beaucoup de recherches qui sont menées et les données sont gardées très secrètes et ne sont échangées que par e-mail d'une pièce à une autre vers un pays très lointain et personne n'entend jamais rien de ce qui se passe: si cela est un échec ou un succès ou si quelque chose va sortir de tout cela. Je pense, pour finir, qu'il s'agit d'une forme d'exploitation et je pense que cela ne devrait pas être toléré très longtemps et si cela continue je pense que l'on devrait en débattre. Nous devons cela à notre peuple et à la nation (*idem*)

Dans le second temps de sa prise de parole, le médecin critique explicitement la dépossession d'un matériau important, que les chercheurs internationaux manipulent à loisir, en dehors de tout contrôle. Lorsqu'il mentionne la destination des données « vers un pays très lointain » (« *in a very far off country* ») personne ne peut douter dans les circonstances de sa prise de parole, qu'il s'agisse des États-Unis étant donné la prééminence des partenaires biomédicaux états-uniens dans la recherche biomédicale au Botswana. Enfin, il dénonçait la façon dont étaient conduites les recherches : dans le secret, l'invisibilité par l'utilisation de moyens technologiques de l'information renforçant l'impression

de secret (« d'une pièce à une autre ») c'est-à-dire sans transiter par l'espace public²⁴⁴. Une circulation secrète de l'information qui nourrit une déconnexion ressentie entre élites biomédicales et population, entre soignants et sujets de recherche qui souligne les enjeux de pouvoir et de domination.

Dans ces propos, le médecin indique que la recherche médicale sur le sida est l'objet de tensions, d'inquiétudes qui renvoient à une mémoire d'une exploitation médicale du continent africain et d'expérimentations médicales sur les populations. L'utilisation de la catégorie « Afrique » dans sa prise de parole incite à interpréter les tensions entre les opportunités que représente le traitement du sida et les inquiétudes que cela suscite parmi de nombreux acteurs. Dans cette perspective, il faut poser la question d'une poursuite d'une logique d'expérimentation sur la santé en Afrique.

Ainsi, parmi les différents registres de préoccupations et d'interpellations condensées dans l'intervention du médecin, je prolongerai deux des questions qu'il pose. La première porte sur les « bénéfices » c'est-à-dire qu'il s'agit de rendre compte des intérêts des acteurs et de leurs revendications autour de la valeur – économique, symbolique – de la recherche. La seconde question porte sur la réappropriation et l'amplification donnée à ce phénomène par les autorités gouvernementales ; une interpellation directe sur la régulation institutionnelle de la recherche biomédicale internationale et sur l'existence ou la qualité du débat public sur ces questions. Il s'agit d'envisager la façon dont l'État développementaliste incorpore ces enjeux économiques et symboliques pour tirer profit de ses avantages, notamment en les alignant avec ses objectifs de développement technologique dans le cadre d'un vaste projet de développement biotechnologique initié par le gouvernement botswanais à la fin des années 2000 (*Botswana Innovation Hub*).

Afin de répondre à ces deux questions, je montrerai en premier lieu que ces préoccupations sur les bénéfices et la valeur font écho à une sémantique des opportunités (de formation, de développement technologique) de l'intervention dans le champ de la « santé globale » qui caractérise les pratiques et les représentations des chercheurs et médecins travaillant dans le domaine du sida à Gaborone. A l'hôpital Princess Marina, le traitement des malades du sida et les enquêtes parmi eux sont prisés par de jeunes professionnels du Nord. Mais leur présence est parfois ressentie comme un dérangement voire suscite des inquiétudes dès lors que n'apparaît pas clairement, pour les soignants, la contribution de ces chercheurs aux enjeux auxquels ils font face au quotidien. A cet égard, le respect de l'éthique biomédicale par les chercheurs dans les projets internationaux ne résout pas l'ensemble des questions éthiques et politiques posées par cette configuration. Les tensions sont d'ailleurs d'autant plus vives que les opportunités du traitement du sida sont réaménagées dans le cadre des priorités d'un État en quête de technicisation et de diversification économique au début du 21^e siècle, qui opte plutôt pour l'intensification de la recherche que pour un plus strict encadrement par des dispositions légales et un débat public.

Les tensions présentées dans ce chapitre seront examinées dans le contexte d'un décalage

²⁴⁴ Le thème du secret ou de l'invisibilité apparaît de façon récurrente dans les rumeurs sur la recherche médicale en Afrique (Geissler et Pool 2006) jusqu'au VIH/sida. Également le thème de la rapidité et de la vitesse sont importants. Au Cameroun, la recherche sur le VIH a ainsi été qualifiée de "recherche DHL", une rumeur généralisée sur le transport des prélèvements sanguins vers les États-Unis (Lachenal, 2005).

entre les projets biomédicaux et la réalité telle qu'elle se présente au quotidien pour les soignants dans la suite des travaux de D. Fassin (2008a) sur l'éthique en pratique (Wendland 2008) et de J. Crane (2010a). Le respect de l'éthique biomédicale est interprété localement au regard de multiples contraintes rencontrées par les soignants et les chercheurs en particulier l'urgence du soin et la souffrance des patients. Surtout, ces tensions illustrent la valeur économique – matérielle, financière de la recherche. Tandis que les codes de bioéthique insistent sur le caractère désintéressé de la participation à la recherche médicale, plusieurs travaux anthropologiques ont récemment montré au contraire que la participation n'était pas un acte désintéressé, qu'elle mobilisait des affects (espoir, solidarité, inquiétude), que des liens se nouaient au sein de ces communautés (Geissler et al. 2008), qu'il permettait l'accès à des médicaments et des soins de bonne qualité (Petryna 2005a) et à des bénéfices matériels variés (Geissler 2011; Couderc 2011). Dans le même ordre d'idée, je montrerai dans ce chapitre que le traitement du sida relève d'intérêts économiques et politiques renouvelés pour l'État, au niveau national et au niveau global, au sein d'une nouvelle configuration d'acteurs et d'intérêts autour de l'amélioration de la santé au Sud; une configuration dans laquelle des sites sont caractérisés par leur attractivité.

Encadré 3. La consultation du Dr Alma

La consultation du Dr Alma

Dr Joy Alma est co-directrice du centre ARV. Elle a 45 ans, vit seule, elle est arrivée à Gaborone en 2001 pour collaborer avec l'étude Hope (chapitre 4). Elle est de nationalité états-unienne et d'origine mexicaine-américaine. Après avoir aidé à la mise en place du programme de traitement en 2001, le Dr Alma a quitté BHP, travaillé de façon bénévole dans le centre ARV puis a été embauchée par le ministère de la santé via ACHAP pour continuer à faire des consultations dans le centre, pour les patients en échec de traitement, et pour coordonner, au niveau national, la recherche clinique.

La clinique de l'échec thérapeutique

Sa consultation qui porte le titre de « consultation de l'échec » (« failure clinic ») a lieu le lundi et le vendredi matin, pour les patients qui sont en « échec de traitement » c'est-à-dire que leur taux de CD4 ne remonte pas et surtout que la charge virale n'a pas été « supprimée ». Sa salle de consultation est exiguë, environ 8 m², son bureau est à l'entrée, le patient s'assoit à côté et il y a aussi deux autres chaises pour les infirmières et les assistantes qui s'occupent du dossier, de la traduction anglais-setswana lorsque le dialogue avec le patient l'exige. Contre le mur adjacent se trouve un autre bureau et poste informatique portant l'inscription « LSHTM study », une étude portant sur la corrélation entre observance et charge virale (l'étude de Maya qui n'est pas présente pendant la consultation) qui est utilisé par une étudiante américaine, Lucy, pour son étude sur les déterminants psychosociaux de l'observance. Je suis assise dans le fond de la pièce sur un canapé trois places aux côtés de l'assistant du Dr A (un stagiaire présent pour quelques semaines).

Exiguïté et encombrement : « C'est la gare centrale ici » !

Durant mes premières observations (au moins pour cette semaine de janvier 2007), nous étions en moyenne 6 ou 8 personnes dans cette pièce (médecin, patient, assistants, infirmières, chercheurs). Lorsque le nombre de personnes dépassait 5 ou 6, le Dr Alma prenait parfois la peine de préciser au patient : « Désolée, il y a beaucoup de monde, certains observent, d'autres m'assistent, est-ce ok pour vous ? ». Le patient ou la patiente ne manifestait pas de désaccord ni ne demandait de précision. D'autres fois le Dr A demandait au patient s'il ou elle serait d'accord pour participer à l'étude de Lucy : « c'est important pour nous de comprendre votre expérience, cela prend 30-45 minutes ». Les patients entrant dans cette petite salle de consultation pour envisager ou surveiller un changement de traitement (2nde ou 3^{ème} ligne) se voient observer par divers jeunes chercheurs et solliciter pour des entretiens. Une autre fois, alors que le Dr Alma avait sollicité un avis de son collègue Dr Sachs qui prend en charge des cas de tuberculose et plus généralement de co-morbidité, le Dr Alma s'excusa auprès de lui au moment où il entrait dans la pièce car il pouvait à peine s'y glisser : « Désolée, on est congestionnés ici ! C'est la gare centrale ». La métaphore qui renvoie à la gare centrale de New York (*grand central station*) montre la conscience d'un mouvement perpétuel de va-et-vient, d'entrées et de sorties, des patients, des professionnels de santé et des chercheurs internationaux. La métaphore fait directement référence à la multitude et à la circulation.

Notes de terrain (janvier 2007).

Des réservoirs de patients

La vignette ethnographique montre des situations d'encombrement et indique une double superposition entre d'une part des projets de recherche biomédicaux (institutionnalisés) et une multiplicité de projets individuels en sciences sociales et d'autre part entre activités de recherche et activités de formation.

L'organisation des consultations selon des catégories biomédicales (échec thérapeutique, comorbidités, TB-VIH) et le système de gestion informatisée des données constitue le centre comme réservoir de patients à la fois pour les investigateurs d'études cliniques qui ont directement accès aux données et aux patients et également, pour les différents jeunes chercheurs menant une étude par questionnaires comme Maya et Lucy ou par observation, comme moi (Chabrol 2008).

Section 1 – Tensions autour de la recherche sur le sida

Traiter le sida à Gaborone : un champ d'opportunités

C'est dans le déroulement de mon enquête que j'ai puisé les premières indications d'une tension entre opportunités et inquiétudes, consubstantielle à l'intervention sur le sida. Plus particulièrement la rencontre avec la surveillante générale du centre ARV, Mma Pula, me fournit les pistes de cette réflexion. Au fil des différentes rencontres que je me suis efforcée de susciter avec elle, entre février 2007 et novembre 2008, et notamment dans le cadre d'un entretien approfondi, j'ai cherché à mieux comprendre comment elle interprétait le rôle de la recherche dans le traitement du sida lors de notre première rencontre en février 2007. Mma Pula avait fermement mis en question ma présence de chercheur au sein du centre en manifestant un agacement envers tous ces chercheurs et en concluant « Nous sommes un centre d'attraction ». Dans le cours de l'entretien, plus d'un an après, nous avons pu en rediscuter car entre temps elle m'avait vu évoluer, la solliciter, lui rendre compte. Au terme de cet entretien dont je convoquerai des extraits plus bas, elle me demandait comme j'allais utiliser « cela » (la recherche que je menais, l'entretien que je faisais avec elle, les notes que je prenais). Lorsque je lui demandais de préciser elle me répondit par une autre question : « qu'est-ce que cela représente pour moi ? ». Mma Pula (me) posait des questions éthiques portant sur la valeur du traitement du sida au Botswana. Le traitement du sida et le programme national avaient certes été rendus possibles par un ensemble d'intérêts politiques et scientifiques et avaient créé un champ de pratiques pour de nombreux professionnels du Nord. Mais la surveillante générale indiquait que nombre de soignants locaux ne trouvaient pas leur place dans ce champ d'opportunités.

La recherche sur le sida et la pratique de la médecine comme expérience prisée

Le 15 janvier 2007, lors de mon deuxième jour d'observation au service des Urgences, deux étudiants en fin d'études de médecine étaient venus se présenter au responsable du service. L'un d'eux était états-unien, étudiant à l'université de Pennsylvanie et l'autre était canadien, étudiant dans une université australienne qui avait noué un partenariat avec le ministère de la santé. Ils avaient immédiatement commencé à exercer, à « voir des patients », pendant une durée allant de une à trois

semaines. Aucune régulation éthique n'était venue conditionner, entraver, questionner l'intervention de ces deux médecins mentionnant oralement la personne qui recommandait leur participation ponctuelle aux activités du service des Urgences. Leur contribution était bienvenue, même si le service était suffisamment pourvu en médecins, infirmiers et aide soignants pour faire face au nombre de patients à voir. Si l'ampleur des problèmes médicaux liés au sida légitimait leur présence, elle représentait surtout, pour ces médecins, une opportunité de se former à la médecine des maladies infectieuses dans un contexte d'épidémie de VIH généralisée, une expérience qui serait valorisée dans leur future carrière.

Malgré la généralisation des ARV, l'infection à VIH continuait en effet à se manifester sur le plan clinique, en particulier avec l'incidence des pathologies liées à la tuberculose, en pleine recrudescence. L'impact du VIH fournissait aux étudiants en médecine un échantillon de patients, d'infections et de complications qui conféraient au site hospitalier de Princess Marina un intérêt particulier. À bien des égards, la spécificité du Botswana et du service de médecine interne était la *densité* de personnes infectées par le VIH dans le service: « plus de 80% des patients ont le VIH », une information que Dr Sachs vérifiait lui-même chaque jour²⁴⁵, lors de la visite entouré de la dizaine d'étudiants en médecine de l'université de Pennsylvanie. Dans le cadre du partenariat entre le gouvernement et cette école de médecine, il était en effet prévu que des « rotations » de six semaines soient effectuées par groupe de douze étudiants environ qui se répartissent dans le service de médecine (deux ailes, hommes/femmes) où sont hospitalisés les patients séropositifs. Pour les futurs médecins, le Botswana offrait un espace « pédagogique » inédit car absent aux États-Unis: « Ils peuvent apprendre à partir de cas de sida aux États-Unis, mais ils ne peuvent apprécier la magnitude de l'épidémie tant qu'ils ne sont pas ici, au Botswana » précisait M. Essex au sujet du programme d'étude de Harvard visant à permettre aux étudiants *undergraduates* en biologie d'avoir une expérience « africaine ». La richesse « pratique » de cette confrontation avec la maladie (car permettant de mettre en pratique la théorie enseignée à Boston) est relatée dans un article intitulé « Les étudiants voient le sida de près », paru en 2007 dans le magazine du *Harvard AIDS Institute*:

S., comme d'autres étudiants de Harvard résident pour un semestre de printemps à Gaborone, la capitale de la nation africaine du Botswana. Ils prennent part à un programme unique d'étude à l'étranger financé par l'Initiative pour la Santé globale de Harvard qui les place au cœur de l'une des plus graves crises de santé au monde – la pandémie de sida qui ravage l'Afrique subsaharienne²⁴⁶

Cet intérêt pour le séjour au Botswana est partagé par des étudiants qui ne pratiquent pas la médecine mais la recherche biologique et moléculaire, et qui restent dans l'espace du laboratoire. Ils témoignent aussi de cette expérience riche dans un environnement touché gravement par le sida²⁴⁷.

²⁴⁵ Dr Sachs note ces informations dans son carnet personnel, lors de la visite, il fait une liste des patients : leur sexe, leur statut VIH et leurs infections associés : pneumonie, etc.

²⁴⁶ Alvin Powell, « Students see AIDS up close. Study abroad program brings undergraduates to Botswana », 15 mai 2008, <http://news.harvard.edu/gazette/story/2008/05/students-see-aids-up-close/> (6/5/2012).

²⁴⁷ « (They) were experimental subjects themselves in Harvard's first undergraduate program in Botswana » in « Semester Abroad: First Harvard Undergraduates in Botswana », *Spotlight*, Summer 2007, p. 3 et 6. Voir aussi: Harvard - « HIV in Africa. A Unique Semester Abroad » http://www.aids.harvard.edu/research/undergrad_program.html (1/09/11)

Le séjour au Botswana procure à ces étudiants la possibilité, en plus de pouvoir se confronter à la gravité de l'épidémie de sida, de vivre une expérience qu'ils qualifient d'« aventure », les mettant aux prises avec les conditions de travail dans les « pays à ressources limitées » et au « service des plus démunis », un environnement différent de celui dans lequel ils ont l'habitude d'évoluer (Brada 2011). Aussi, dans un éditorial paru en 2006 dans le *New England Journal of Medicine*, Panosian & Coates voyaient-ils dans ce mouvement une nouvelle « médecine missionnaire », pratiquée désormais dans un cadre séculaire (2006, 1773). Les auteurs décrivaient des étudiants « affamés de discuter des maladies liées à la pauvreté²⁴⁸ et des politiques internationales et des programmes » et qui cherchaient à poursuivre leur aventure : « stimulée par les souvenirs de ses patients africains, B. entend revenir un Afrique un jour pour former les travailleurs de santé à fournir le soin aux plus pauvres des pauvres ». Les émotions (désir, souvenir) et les valeurs (comme l'altruisme) sont mobilisées dans ces programmes où est retravaillée la notion d'engagement humanitaire : en participant à un programme de formation, les étudiants en médecine espèrent contribuer à mettre fin aux souffrances des populations touchées par le sida d'un « pays à ressources limitées ».

L'expérience d'un stage dans un hôpital africain touché par le sida est devenue en quelques années une opportunité très prisée, par les étudiants américains notamment car elle les « expose » à un environnement différent. Lors de discussions avec certains d'entre eux, ces futurs médecins décrivaient leur volonté de s'exposer au dehors (« *You get that exposure* »), de « sortir de leur zone de confort²⁴⁹ ». Les étudiants décrivent l'intérêt de pouvoir accomplir cette expérience dans un pays qui offre les conditions d'un séjour paisible. Les étudiants en médecine sont logés dans des résidences offrant tout le confort nécessaire, à proximité de l'hôpital. Du reste le Botswana offre, en plus de ses infrastructures d'accueil, de sa stabilité politique, la possibilité d'agrémenter l'expérience dans le service de médecine interne avec une ou plusieurs expéditions touristiques dans les parcs naturels du pays. Bien que les étudiants soient encouragés à leur arrivée à l'aéroport à cocher la case « vacances » pour éviter des problèmes avec les officiers de l'immigration car « il peut être difficile de leur expliquer que vous travaillez à l'hôpital bien que vous ne soyez pas payés ; (en effet) vous n'êtes pas censés travailler au Botswana »²⁵⁰ ceux-ci n'en sont pas moins des médecins qui ont la responsabilité des patients dans le service. La contribution de ces étudiants états-uniens dans le service de médecine interne de l'hôpital est considérée comme telle bien qu'ayant parfois été l'objet de critiques comme le rappelle Dr Moffat, ancien directeur de l'hôpital :

Je pense qu'il y a eu un certain mécontentement y compris parmi les jeunes professionnels (junior staff) à Princess Marina qui ont ressenti un certain excès de zèle²⁵¹ dans la façon dont certains Américains font les choses et que certains étudiants ont agi un peu comme s'ils étaient [*inaudible*] en disant aux médecins Botswanais ce qu'ils devaient faire, ce genre de choses et de problèmes, donc il y a eu des choses mais je pense que c'est réglé, ce n'est pas

²⁴⁸ On note la maladresse de l'expression utilisée « hungry to discuss diseases of poverty ».

²⁴⁹ Les mêmes expressions sont employés dans l'article du magazine *Spotlight* « undergrades... », summer 2007, *op cit.*

²⁵⁰ Botswana Upenn Handbook, Janvier 2007, document non publié.

²⁵¹ Dans un article récent B. Brada (2011) raconte également l'empressement des étudiants en médecine ce qui corrobore cette idée d'excès de zèle dans les services de médecine.

un problème majeur mais quelque chose que l'on doit avoir en tête. (Retranscription d'entretien Dr Moffat (1), Gaborone, ministère de la santé, 4/11/2008).

L'excès de zèle dont parle Dr Moffat témoigne de l'opportunité que représente la pratique de la médecine et/ou la possibilité de conduire une recherche autour du VIH/sida, une expérience courte de formation et d'apprentissage, particulièrement valorisée de retour aux États-Unis. Les étudiants états-uniens ont parfois témoigné du sentiment de manque de supervision face à des responsabilités auxquelles ils n'étaient pas préparés²⁵². Surtout, comme l'a décrit B. Brada (2011) les étudiants découvrent une réalité plus structurée, un système de santé solide, des médecins expérimentés et spécialisés, des protocoles de soins auxquels ils doivent se conformer, un environnement qui ne correspond pas avec une action médicale de type humanitaire que beaucoup avaient imaginé pratiquer dans ce programme de « santé globale ».

Des opportunités de carrière dans (le champ de) la « santé globale »

Le fait que l'exercice de la médecine dans le contexte d'une épidémie généralisée soit devenu une expérience prisée, riche et stimulante est le fruit d'un double mouvement. Sur le plan de la médecine : le renouveau de la médecine tropicale avec l'essor de la recherche sur les maladies infectieuses (Mabey, De Cock, et Lucas 1996) et sur le plan de la coopération internationale dans le champ de la santé, l'évolution de la « santé internationale » vers la « santé globale » (Brown, Cueto, et Fee 2006).

Avec l'impact croissant de l'épidémie de sida dans les années 1990 et 2000, la recrudescence de la tuberculose et la perception de nouvelles menaces virales, la médecine des maladies infectieuses a connu une refonte et un nouvel essor. Des cliniciens comme Kevin De Cock²⁵³ ont plaidé pour un renforcement des maladies infectieuses comme spécialité clinique en appelant à l'enrichissement de son enseignement et à l'établissement de partenariats avec les écoles de médecine et les pays pauvres les plus concernés par ces pathologies (Mabey, De Cock, et Lucas 1996). Ce renouvellement dans la formation médicale aux États-Unis, qui coïncidait notamment avec le développement pharmaceutique et des liens plus étroits entre l'industrie et les universités concourra à façonner des carrières professionnelles valorisant de plus en plus le domaine des maladies infectieuses, dans le cadre de « partenariats » pour la recherche, la formation et le soin médical.

Lorsqu'au cours d'un premier entretien, Dr Alma me rappelait les étapes de sa carrière professionnelle et de son implication personnelle au Botswana, elle affirmait avec de l'émotion dans la

²⁵² Ces expériences font l'objet de récits dans la presse spécialisée, généraliste ou sur des blogs. Voir par exemple le récit en Ouganda de Teeb Al-Samarrai, « Adrift In Africa: A US Medical Resident On An Elective Abroad », *Health Affairs*, 30, no.3 (2011):525-528. Ce jeune médecin a cherché à mieux comprendre comment les écoles de médecines concevaient ces programmes mais déplore ne pas avoir trouvé de réponses claires auprès des membres de facultés.

²⁵³ Médecin spécialiste des maladies infectieuses et tropicales, K. De Cock a dirigé les Center for Diseases Control au Kenya avant de prendre la direction du département VIH/sida à l'OMS en 2006 et jusqu'à 20098. Il est aujourd'hui le directeur du Center for Global Health des Center for Diseases Control.

voix : « Le Botswana a été fantastique pour moi »²⁵⁴. Elle résumait ainsi les étapes du récit de vie de son installation à Gaborone : tout en lui offrant les conditions matérielles et politiques d'un accomplissement professionnel (son rôle de formatrice des premiers médecins prescrivant les ARV, puis en tant que directrice du centre de soins et coordinatrice de la recherche clinique) et, enfin, une renommée scientifique (attestée par de nombreuses publications), le Botswana lui avait également permis un développement inestimable sur le plan personnel, affectif et moral grâce à l'ouverture d'un centre de bien-être derrière l'hôpital, une installation – durablement souhaitée – à Gaborone, etc.

La plupart des autres cliniciens, à défaut de s'installer définitivement au Botswana, y effectuent des séjours prolongés, ils y vivent par intermittence depuis la fin des années 1990 comme les responsables de BHP ou les différents cliniciens responsables de la mise en œuvre et du développement des programmes de recherche qui y demeurent, le plus souvent en couple. Le Dr B. Brown et son épouse le Dr C. Brown, responsables respectivement des études Hope, Milk, Woman entre 2001 à 2008 en fournissent une autre illustration. Ils avaient planifié leur retour aux États-Unis, pour l'éducation des enfants (entrant au collège) mais également pour « donner l'opportunité à un autre couple de jeunes cliniciens de venir »²⁵⁵. L'installation de ces couples de cliniciens chercheurs (travaillant pour BHP, U-Penn ou Baylor) pendant deux, trois ou plus de dix ans pour les responsables des partenariats ou les investigateurs principaux des longues études cliniques a permis une progression professionnelle importante ce qui distingue ces trajectoires de celles des médecins humanitaires intervenant dans les contextes d'urgence selon des temporalités plus courtes²⁵⁶.

Dès la fin des années 1980 la considération des maladies infectieuses (ré)émergentes comme un enjeu de sécurité nationale pour les États-Unis aboutit à une revalorisation de la médecine tropicale et de l'intervention sur les maladies infectieuses. La « globalisation de la santé publique » a été mise sur l'agenda national et international et de nouvelles modalités d'intervention sur la santé au Sud ont émergé, au point d'articulation entre l'intérêt national et l'altruisme (Yach et Bettcher 1998b; Yach et Bettcher 1998a). Au début de la décennie 2000 et à la faveur d'un investissement financier colossal de la part des États-Unis, les appels à une refonte de la médecine des maladies tropicales se sont traduits par l'expansion des programmes de coopération et de formation médicale, de programmes, de départements, de centres et d'initiatives dédiés à la « santé globale » (Crane 2010b, 80). Les fondations philanthropiques développèrent des programmes de subventions de ces séjours médicaux à l'étranger²⁵⁷ et la création du plan PEPFAR donna une ampleur considérable à ce phénomène en finançant directement de nombreuses activités de ces nouveaux programmes « de partenariat global ». D'après T. Brown, M. Cueto et E. Fee (2006), le remplacement de la terminologie

²⁵⁴ « Botswana has been wonderful to me » (Retranscription d'entretien, Dr Alma-1, Gaborone, février 2008).

²⁵⁵ Retranscription d'entretien, Dr Brown, BHP, Gaborone, février 2008.

²⁵⁶ Il serait intéressant d'étudier ces carrières selon une approche de sociologie professionnelle. Cela n'a pas été fait jusqu'à présent et permettrait de mieux saisir les logiques et les pratiques d'intervention dans le domaine de la recherche clinique et du soin médical pour le VIH/sida en Afrique.

²⁵⁷ Par exemple, Benjamin H. Kean Travelling Fellowships in Tropical Medicine from the American Society of Tropical Medicine and Hygiene (ASTMH) qui a vu les demandes de bourses tripler de 2003 à 2005 (Panosian et Coates 2006).

de la « santé internationale » par celle de la « santé globale » reflète d'importants processus politiques et historiques (déclin de l'OMS comme chef d'orchestre de la santé internationale, nouvelles alliances de pouvoir et paradigme de la globalisation des menaces de santé)²⁵⁸ signalés dans le chapitre 3. Les États-Unis dominent ce champ jusqu'à travailler à l'établissement d'un service civil ou « Global health service Corps »²⁵⁹ dont le siège est à Boston et qui s'attèle à la formation d'une nouvelle génération de médecins, en partenariat avec les Peace Corps²⁶⁰.

Dans un numéro de la revue *Nature* consacré en 2007 à la philanthropie biomédicale, V. Gewin conclut: « l'effort international pour faire face aux crises de santé dans les pays en développement représente une mine d'opportunités de carrière »²⁶¹. Toutes les écoles de médecine aux États Unis ont aujourd'hui un département dédié à la santé globale, nouvellement créé ou bien issu d'un changement de nom comme le département de Médecine sociale de Harvard qui devint en 2008 « département de Santé globale et de Médecine sociale » et qui est aujourd'hui dirigé par Paul Farmer²⁶² (Macfarlane, Jacobs, et Kaaya 2008; Crane 2010b).

La reconfiguration des intérêts scientifiques et économiques autour de ces opportunités professionnelles convoitées y compris au-delà du champ de la médecine et de la santé publique, et qui englobent d'autres disciplines (économie du développement, sciences sociales) a progressivement substitué le terme de « santé globale » à celui de « santé internationale » et l'a rendu obsolète – cette dernière expression est désormais le synonyme de programmes échoués.

Plusieurs anthropologues travaillent actuellement à comprendre ce qu'est cette expérience de santé globale et tentent d'en qualifier les pratiques et les discours (Brada 2011; Crane 2010b; Gerrets 2010) et d'en définir les contours notamment pour l'anthropologie (Janes et Corbett 2010). Si l'on n'est pas encore en mesure de définir précisément cette expression, il est cependant évident qu'elle est associée à cette sémantique des opportunités et remplace en partie la terminologie de l'intervention humanitaire. Le site hospitalier botswanais occupe une place dans cette géographie de la santé globale en mettant la prise en charge des patients souffrant du sida à disposition d'un nombre croissant de médecins et chercheurs venant principalement des États-Unis. En plus de l'éventail de projets de recherche clinique conduits par BHP et U-Penn, des résultats scientifiques garantis par la collecte de données de bonne qualité (cf. chapitre précédent), un espace clinique pour se former à la pratique des maladies infectieuses, le site permet de vivre une « expérience de santé

²⁵⁸ Rappelons que le terme de menaces globales des maladies infectieuses ('global infectious disease threats' commença à être employée par William Foege, alors directeur des CDC avec la publication au milieu des années 1990 d'un journal intitulé *Emerging Infectious Diseases*. En 1997 l'Institut de Médecine (Institute of Medicine) publia un rapport au titre explicite « America's Vital Interest in Global Health: Protecting Our People, Enhancing Our Economy and Advancing Our International Interest » (Brown, Cueto & Fee, 2006: 69).

²⁵⁹ <http://globalhealthservicecorps.org/> (20/05/12).

²⁶⁰ Ce projet de « Service de santé globale » mériterait d'être étudié de près afin d'en comprendre les enjeux et les continuités ou ruptures par rapport au programme « Peace Corps » notamment.

²⁶¹ Virginia Gewin « The Global Challenge », *Nature*, vol. 447, 17 May 2007 (numéro consacré à la philanthropie biomédicale).

²⁶² Paul Farmer en a été nommé Président le 1er juillet 2009, voir: http://ghsm.hms.harvard.edu/news/articles/paul_farmer_is_named_chair_of_ghsm/ (13/05/2011)

globale ».

Cependant, l'augmentation des effectifs de chercheurs et médecins, souvent de jeunes professionnels en formation et leur concentration dans les services cliniques liés au sida suscite des inquiétudes parmi les acteurs du soin et de la santé publique locaux, également parmi ceux qui initient les programmes de recherche.

Des inquiétudes tangibles

La recherche médicale a toujours été l'objet de craintes, d'incertitudes voire de rumeurs, en Europe comme en Afrique. Elle implique la plupart du temps des prélèvements biologiques et sanguins réalisés auprès de populations, à intervalles réguliers et répétés. Les prélèvements, en particulier en Afrique, renvoient à des épisodes au cours desquels des équipes médicales sont venues dans les villages pour procéder à la collecte d'échantillons sanguins (Geissler et Pool 2006). L'extension de ces pratiques à des communautés entières a soulevé des interrogations parmi les populations et provoqué épisodiquement des rumeurs au sujet des activités de recherche médicale. Souvent disqualifiées par les responsables médicaux comme exprimant des croyances ancestrales et une inaptitude à comprendre la science moderne, les rumeurs renseignent pourtant efficacement sur les conditions dans lesquelles ces projets étaient menés comme l'ont montré plusieurs travaux anthropologiques (Fassin 2003a; Fassin 2007; Geissler et Pool 2006). Ces anthropologues ont cherché non pas à statuer sur l'authenticité ou la véracité de telle ou telle rumeur mais à mettre en évidence les interrogations qu'elles soulèvent dans le contexte sociohistorique qui les fait advenir. A l'instar des histoires de vampires en Afrique étudiées par Luise White (2000) ces rumeurs contiennent toujours des éléments empiriques renvoyant à une réalité vécue, un passé incorporé. Jusqu'aux théories du complot, les rumeurs parlent du passé et renseignent sur l'état de la société et des rapports de pouvoir (Fassin 2007).

En employant le terme d'« inquiétude », j'entends désigner la diversité des points de vue recueillis: questionnement, incertitude, critique, préoccupation, opinion critique, etc. exprimés spontanément (comme le médecin cité en introduction) ou à mon invitation, dans le cadre d'entretiens approfondis, au sujet de la recherche sur le sida. L'analyse de ces discours constitue un préalable utile afin d'étudier comment se renégocient les attentes respectives des acteurs autour de la valeur de la recherche transnationale (Kelly et Geissler 2011).

Le risque de saturation : une double signification

J'ai déjà évoqué le dérangement ressenti par les professionnels de santé à l'occasion de la visite fréquente de jeunes chercheurs internationaux venant pour conduire leur micro-enquête dans le cadre d'un mémoire, ou d'une thèse²⁶³. J'ai abordé les réaménagements nécessaires pour mener à

²⁶³ Comme me le disait l'infirmière Filwe en désignant ceux qui veulent juste enquêter (« those who want to inquire ») qu'elle opposait aux chercheurs travaillant dans le cadre d'un projet biomédical officiellement rattaché au centre de soins (Retranscription d'entretien, centre ARV, Gaborone, février 2008).

bien l'enquête dans ce « terrain surinvesti » (Chabrol 2008)²⁶⁴ et suggéré que ce dérangement concernait surtout les jeunes chercheurs dont les projets se multipliaient de façon anémique sans être suffisamment ancrés dans les réalités du soin, à la différence des projets biomédicaux dont la légitimité n'était pas contestée en raison de leurs objectifs explicites d'amélioration de la prise en charge médicale.

Saturation géographique et institutionnelle

Pour les cliniciens responsables d'essais cliniques, le spectre d'une saturation est une réalité géographique et un constat sur le plan de la régulation institutionnelle. L'investigateur principal de l'étude Hope, Dr Brown me confiait ainsi « Il ne faut pas sur-rechercher Gaborone »²⁶⁵ corroborant Emma, une étudiante états-unienne qui travaillait avec lui sur la qualité de vie des personnes suivant un traitement ARV qui m'avait précisé ne pas avoir inclus le centre de soin où je conduisais mon enquête car « Princess Marina est sur-étudié »²⁶⁶. Tous deux constataient une présence excessive de projets de recherches et la nécessité d'encourager la conduite de recherches en dehors de la capitale :

Pour l'essai M et M+ en plus de Gaborone on a trois autres sites : Molepolole, Lobatse et Mochudi, et il y a clairement un besoin de recherche, on a une division sida et des études en réseau qui soutiennent ce qu'on fait ici mais aussi ce que je veux dire c'est qu'il y a clairement un besoin d'étendre la recherche en dehors de Gaborone (...) on essaie aussi de construire une capacité de recherche à Molepolole qui est une grande zone donc je pense que c'est quelque chose que nous en tant que partenariat et je pense en tant que pays, parler avec le comité d'éthique, le ministère de la santé parce qu'il faut éviter de sur-étudier Gaborone (Retranscription d'entretien Dr Brown, clinicien-chercheur, BHP, Gaborone, 24/1/08).

Dr Brown justifiait la nécessité d'étendre la recherche par un besoin local d'infrastructures techniques, humaines, etc. Il mobilisait l'argument selon lequel les projets de recherche clinique contribuent à une amélioration générale de la prise en charge et à la mise en œuvre des politiques de santé publique. La constatation d'une densification du site « Princess Marina » avait en effet conduit à cette période à l'extension des projets de recherche hors du seul site hospitalier de la capitale notamment à Molepolole. Cela a été facilité par le fait que le Botswana-Harvard Partnership soit devenu, en 2007, une Unité de recherche clinique internationale (ICTU) du réseau ACTG (AIDS Clinical Trial Group²⁶⁷) comprenant deux sites de recherches, Gaborone et Molepolole. Ce statut, avec un financement des National Institute of Allergy and Infectious Disease (NIAID) pour sept ans permettait de proposer et de mettre en œuvre des projets de recherche clinique à dimension régionale et ouvrait

²⁶⁴ Dans l'article cité, à la suite de la mise en évidence d'un objet de recherche « convoité » et d'un « terrain surinvesti » je présentais les tactiques de contournement que j'avais adoptées pour mener à bien l'enquête, hors des « réservoirs d'enquête » ou dans ses marges, afin d'incorporer les difficultés de l'enquête et l'inconfort ethnographique dans le processus de construction de l'objet.

²⁶⁵ Retranscription d'entretien Dr Brown, Botswana Harvard Partnership, Gaborone, 24/1/2008.

²⁶⁶ Notes d'entretien, DD, Gaborone, locaux BHP mai 2007.

²⁶⁷ Le réseau AIDS Clinical Trial Group a été créé par les NIAID en 1987 pour élargir le champ de la recherche sur le sida. Aujourd'hui, en Afrique australe, aux côtés de Gaborone et Molepolole, les autres unités de recherche clinique sont Johannesburg (Afrique du Sud), Harare (Zimbabwe) et Lusaka (Zambie).

la voie à une extension à d'autres sites hors de la capitale en commençant par ceux qui sont le plus accessibles comme Molepolole, Mochudi²⁶⁸ respectivement situés à une heure et à vingt minutes de Gaborone. Le ministère de la santé a accompagné ce processus grâce à une politique de rénovation d'hôpitaux de province récemment transformés en hôpitaux modernes « *up-to-the-standard* », en particulier les hôpitaux de Molepolole et Serowe, financée par le gouvernement et effectuée dans les années 2007-2009 et ayant contribué à la mise en conformité des infrastructures et constitué ainsi une réponse à l'enjeu d'extension de la recherche à d'autres sites, non loin de Gaborone²⁶⁹.

Les chercheurs exprimaient également une crainte de saturation institutionnelle à savoir des blocages dans la régulation gouvernementale (comité d'éthique surchargé) mettant en péril la conduite des projets de recherche dont la rapidité est toujours un élément clé. L'urgence du développement biomédical est parfois mise en opposition avec le temps long de la bureaucratie botswanaise. Les responsables gouvernementaux déplorent quant à eux cet empressement et signalent ne pas disposer de capacités suffisantes pour examiner l'intérêt et les potentiels bénéfiques pour la population.

Saturation démographique et biologique

Pour Adriana Petryna le terme de saturation fait référence à la saturation biologique des populations des pays du Nord qui sont d'ores et déjà trop pharmaceuticalisées pour correspondre aux besoins des investigations cliniques et pour éviter des interactions médicamenteuses et donc des résultats moins évidents à interpréter. Cette saturation est l'un des principaux ressorts de l'expansion des essais cliniques auprès de populations du Sud, « naïves » de traitements. Mais l'accessibilité de la population de la capitale et l'aisance pour déployer une intervention efficace dans le site hospitalier occasionnent des perturbations importantes comme le signale l'ex-directeur de Princess Marina :

La population est relativement petite donc il y a une limite dans la quantité de recherche qui peut être faite, déjà les gens commencent à dire qu'ils en ont marre de la recherche, le public sent qu'il a été ... que tout le monde vient ici au Botswana pour les utiliser comme sujets de recherche (Retranscription d'entretien Dr Moffat (2), Gaborone, 31/9/2009)

Certains patients du centre de soin dans lequel j'ai mené mon enquête ont été sollicités plusieurs fois, parfois par les mêmes responsables d'étude. Deux articles signés par les mêmes auteurs en 2006 ont interrogé la même population d'enquête, dans le cadre de deux études distinctes, l'une sur les perceptions du dépistage en routine, l'autre sur la consommation d'alcool²⁷⁰ (Weiser et al, 2006a ; Weiser et al, 2006b). Dans le cadre des études cliniques, le recrutement de

²⁶⁸ Pour le projet de recherche sur la prévention biomédicale « test & treat » commencé à Mochudi voir le magazine *Spotlight*, fall 2009, édité par le Harvard School of Public Health, ou dans la presse de Boston: L. McLaughlin, "A 'test and treat' approach to fighting HIV", *The Boston Globe*, 26 février 2010, http://www.boston.com/bostonglobe/editorial_opinion/oped/articles/2010/02/26/a_test_and_treat_approach_to_fighting_hiv/ (28/7/2012).

²⁶⁹ Cette politique gouvernementale d'agrandissement et de modernisation des hôpitaux de province n'a évidemment pas été décidée en réponse à une demande de la part des partenaires de Harvard. Planifiée depuis plusieurs années, cette politique s'accorde cependant parfaitement aux besoins de ces partenaires qui de fait se « mettent en conformité ».

²⁷⁰ J'en ai rédigé une note critique dans la revue *The Botswana Review of Ethics, Law and HIV/AIDS*, n° 1, 2007.

patients se fait, si cela est compatible sur le plan scientifique, au sein d'une population déjà enrôlée. Par exemple, une étude commencée en 2008 par le Partenariat Botswana-Harvard sur la question des hôtes génétiques était ainsi présentée dans un article du quotidien *Mmegi*:

L'étude sera conduite dans plusieurs sites BHP à Gaborone (Princess Marina Hospital) et dans les hôpitaux de Molepolole, Mochudi, Lobatse et sera étendue aux cliniques (Old Naledi et Block 9) dans un mois. L'enrôlement dans les cliniques à Gaborone sera ouvert à tous ceux qui ont les critères requis par l'étude ; le recrutement à l'hôpital Princess Marina s'attache pour le moment à recruter des participants dans d'autres études de BHP²⁷¹.

Craignant également un « trop plein » de recherches, la surveillante générale du centre ARV mettait elle aussi l'accent sur l'efficacité des structures locales garantissant l'efficacité du projet de recherche:

... parce que nous avons un très haut pourcentage d'observance et aussi parce que nous sommes une petite population et aussi nous avons un très bon système de suivi et d'archivage donc si tu fais une recherche, tu peux voir et participer et tu peux répondre à tes questions, tu as une question et tu veux aller voir comment cela se passe et tu as un financement et tu le fais et ainsi sont faites les recherches, beaucoup, beaucoup d'études (Retranscription d'entretien avec la surveillante générale, centre ARV, 31/1/2008).

Tout en rappelant les enjeux pratiques d'accessibilité et de disponibilité des patients dont il était question dans le chapitre précédent, ainsi que les techniques d'administration des patients (suivi, archivage, mesure de l'observance par la charge virale et les CD4), l'infirmière signale, comme le Dr Moffat, le critère démographique de l'existence d'une « petite population ». Ces extraits montrent que la population de patients séropositifs est accessible, mais elle n'est pas extensible. Son tarissement pourrait être le prélude à une réorganisation des acteurs. La saturation – biologique ou pharmaceutique au sens d'A. Petryna – ou selon l'expression employée par Dr Moffat, la « limite dans la quantité de recherche qui peut être faite » entraînerait une redistribution du rôle des acteurs, et notamment le désintérêt pour la population botswanaise. Le risque de saturation exprimé par les soignants n'est pas une mise en cause frontale de la recherche médicale mais plutôt exprime une incertitude quant aux perspectives que connaîtra une telle organisation des soins et son agencement avec les politiques publiques de santé. A cet égard, les motifs et les objectifs de la recherche, en somme son utilité et sa cohérence, sont souvent questionnées.

Perceptions de l'utilité de la recherche sur le VIH/sida

Le processus d'application des normes bioéthiques dans le cadre des recherches cliniques au Sud révèlent des contestations dans le cours de leur mise en œuvre locale, notamment des critiques au sujet d'une déconnexion entre ces règles à prétention universelle, énoncées au Nord et l'ampleur des contraintes économiques, sociales et politiques propres aux contextes locaux. Selon Claire Wendland (2008) les controverses sur l'éthique des essais AZT en Afrique ont montré un décalage entre la préoccupation impérieuse des chercheurs internationaux pour le respect des normes et les principes de la bioéthique (« éthique de la recherche ») et la tolérance de la communauté scientifique internationale pour les inégalités d'accès aux traitements (« éthique de la thérapie »). En Afrique du

²⁷¹ Voir l'article « BHP starts Genetics Study », *Mmegi*, 27 juin 2008.

Sud, cette critique des inégalités d'accès aux soins a pris la forme d'un discours de méfiance ou de soupçon envers la biomédecine (Fassin 2007) qui incorporait une histoire d'expérimentation médicale raciste. Les controverses scientifiques exprimaient également la revendication d'une mise en cohérence de la recherche biomédicale avec les priorités de santé publique à savoir un accès équitable aux soins. Dans le même ordre d'idée, lorsque les responsables de santé publique à Gaborone s'inquiètent de l'accélération de la recherche sur le sida, ils en questionnent non pas la légitimité (leur conformité au regard du droit, des codes éthiques) mais leur utilité au regard des enjeux de santé publique, c'est-à-dire leur adaptation aux problèmes identifiés comme des priorités de santé publique.

Dr Alma s'interrogeait par exemple sur l'utilité de conduire une enquête, initiée par Harvard, sur la qualité de vie des patients sous ARV. Selon elle, « les résultats n'ont rien dit qui n'est pas d'ores et déjà évident pour tous ». Cela ne suffit pas à disqualifier ce projet selon elle car il était utile de présenter l'efficacité des antirétroviraux en termes de « qualité de vie » sous la forme de résultats de recherche. Questionnant de la même façon l'utilité de la recherche clinique, l'ancienne ministre de la Santé relatait dans un entretien en septembre 2009 son appréciation au sujet d'une étude proposée par BHP sur la généralisation du traitement antirétroviral pour les femmes enceintes. Sheila Tlou, avait souhaité étendre ce principe en tant que politique de santé publique mais dut au préalable effectuer un « projet pilote » :

En cela mon opinion différait de celle de mes collaborateurs, je leur ai dit et ils ont dit ok on va faire un pilote, j'ai dit écoutez votre pilote cela ne sera qu'un village car vous savez que cela a déjà été prouvé, pourquoi faire de la recherche là-dessus ? Ça marche déjà, tout ce que l'on a à comparer, ce sont les taux de transmission parmi les femmes qui choisissent d'allaiter comparées à celles qui choisissent l'allaitement artificiel et aussi les chances de survie de l'enfant et là ils finissent le pilote donc j'espère qu'on va pouvoir commencer. (Retranscription d'entretien Sheila Tlou, ancienne ministre de la santé, Gaborone, septembre 2009).

La ministre de la santé estimait qu'elle avait en sa possession des preuves suffisantes (selon d'autres études publiées à ce moment ou selon sa conviction) pour lui permettre de prendre une décision concernant l'orientation de la politique de santé publique dans le domaine de la PTME et étendre la trithérapie à toute femme séropositive enceinte. La nécessité de conduire une « étude pilote » est considérée comme inutile et revient à retarder une intervention de santé publique que l'on pourrait, du reste comme elle le suggère, surveiller étroitement dans le cours de sa mise en œuvre. Dans l'extrait ci-dessous, la coordinatrice nationale de la recherche clinique, Dr Alma, assimile la recherche biomédicale – fondamentale notamment – à un développement scientifique valable pour un futur lointain et qui en cela s'oppose aux contraintes du soin et de la santé publique marquées par leur immédiateté :

Je suis dans le comité d'éthique, et c'est une question conflictuelle parce que nos partenaires qui nous financent veulent aussi faire de la recherche donc c'est difficile notamment avec BHP. BHP c'est Harvard, donc ils veulent faire des études de très très haut de gamme : haute technologie, par exemple ; l'expression des molécules MHC sur les cellules immunitaires pour développer un anticorps spécifique qui peut être un jour fera baisser la charge virale et donc qui surtout autorise à faire du dépistage génétique, on n'est à des centaines d'années du dépistage génétique au Botswana, des centaines d'années, donc ma réponse est de leur dire « pourquoi allons-nous prendre le peu de ressources que nous avons au Botswana pour l'utiliser dans des techniques de dépistage génétique ? Ce n'est pas éthique. Nous voulons quelque chose qui nous aide maintenant... maintenant » (...) « on discute d'études très

coûteuses et très très éloignées du soin immédiat du patient (...) ma priorité est de sauver les vies des patients et chaque recherche que je veux que ce comité approuve doit être dirigée vers le mieux-être des patients, non pas que la recherche ésotérique n'est pas importante mais cela n'est peut être pas nécessairement aussi important au Botswana maintenant (Retranscription d'entretien, Dr Alma (2), ministère de la santé, 30/9/2009).

Dr Alma tient des propos très critiques sur la recherche clinique transnationale dont elle est l'un des acteurs de premier plan à Gaborone. L'utilisation répétée de substantifs « très » donnent une emphase à ce récit dans lequel elle met en opposition le présent (et l'urgence) de la santé publique c'est-à-dire le soin immédiat du patient, avec le futur de la science. Pour illustrer la déconnexion entre la santé publique et la science elle convoque l'exemple du dépistage génétique comme un domaine qui devrait être exclu des recherches menées au Botswana car inutile pour les malades botswanais. La référence à la génétique renvoie au domaine paradigmatique de l'essor des sciences du vivant à la fin du 20^e siècle dans les pays du Nord à la fois en tant que développement scientifique et également pour ses implications commerciales (protection des droits de propriété intellectuelle)²⁷². Le fait de mentionner le dépistage génétique comme n'étant pas une priorité au Botswana suggère déjà la perception des implications financières de la recherche scientifique que je détaillerai plus loin.

A travers cette opposition entre des temporalités différentes, Dr Alma suggère une distinction entre les projets à dimension thérapeutique et ceux qui relèvent de la recherche fondamentale. Malgré le strict respect des règles d'éthique biomédicale, certains projets n'ont pas d'intérêt pour les responsables de santé publique qui plaident pour une mise en œuvre adaptée au contexte et aux enjeux locaux c'est-à-dire à une multiplicité de contraintes (matérielles, humaines, etc.) et d'objectifs (des traitements plus efficaces et moins onéreux), c'est-à-dire une « éthique de la thérapie » telle que suggérée par C. Wendland (2008).

Dès lors qu'elle semble produire des bénéfices exclusivement en dehors de l'espace de la clinique et du domaine du soin, c'est-à-dire au delà des enjeux de santé publique locaux, la recherche sur le sida est mise en question. Autrement dit, la recherche est contestée lorsque les acteurs perçoivent des bénéfices autres que ceux immédiatement disponibles pour les patients (amélioration de la thérapie). Son éthique est questionnée, non pas en tant que violation de principes universels méritant d'être strictement appliqués mais plutôt pour l'absence de cohérence entre la démarche scientifique et les besoins exprimés localement en soins et en traitements.

L'absence de cohérence entre les besoins locaux et les objets de la recherche médicale n'est-elle pas l'une des caractéristiques de l'expérimentation qui avaient en partie caractérisé la période coloniale ? L'accélération de la recherche clinique sur le sida en Afrique signifie-t-elle pour autant la poursuite d'un rapport à l'Afrique régi par une logique expérimentale ?

²⁷² Voir les travaux, dans les années 1990 de Paul Rabinow sur le séquençage du génome et de Nicolas Rose sur la biosocialité.

Section 2 – Recherche médicale et accès aux soins : une logique expérimentale?

La généralisation des antirétroviraux en Afrique a été analysée selon le prisme de l'expérimentation (Nguyen 2009; Nguyen 2010; Petryna 2009; Rottenburg 2009). Pour Vinh-Kim Nguyen, « les programmes sont des laboratoires multi-situés de grande envergure dont la mise en œuvre produit la preuve qui conduit à sa généralisation » (2009 : 211). Il est rejoint par d'autres auteurs dans cette analyse des programmes d'accès aux traitements comme des « entreprises expérimentales, en temps réel, en dehors du laboratoire » (Rottenburg 2009 :423) dans lesquelles les faits générés justifient l'intervention a posteriori et apportent la preuve de l'efficacité de l'intervention, c'est-à-dire que l'intervention fournit les éléments de sa propre validation. D'après R. Rottenburg, « ce n'est pas un outil épistémique mais un outil technologique – comme la thérapie antirétrovirale – qui fait tenir l'ensemble et produit de façon non systématique un nouveau savoir qui sera ou ne sera pas réintégré dans le processus en tant que 'leçon apprise' » (2009 :425). J'ai montré dans le chapitre précédent que les programmes d'accès aux ARV en Afrique avaient été conçus comme différents de ceux des pays du Nord et requérant à ce titre d'être évalués selon l'essai clinique. Dès lors, la méthode qui consiste à tester un programme de santé publique dans le cours de sa mise en œuvre est-elle liée à une logique expérimentale que le continent africain incarne par excellence ?

Cette section vise à proposer un usage contrôlé de la notion d'expérimentation. En effet G. Lachenal a récemment rappelé que le « laboratoire » s'est imposé comme le thème privilégié de la médecine coloniale et que la notion d'expérimentation connaît plus généralement « un grand succès historiographique en tant que métaphore de l'action gouvernementale aux colonies » (2010 :124), un usage devenu problématique²⁷³. Pour autant, dans son étude sur le projet d'administration de la région du haut-Nyong au Cameroun par des médecins coloniaux, il concède à la fois que « les colonies furent bel et bien un espace d'opportunité pour certains segments de la profession médicale » (*idem* : 126) et également que l'entre deux guerres est une période pour laquelle la métaphore des colonies comme « laboratoires de modernité » est efficace. Au vu de premières précautions, il s'agira d'historiciser et de proposer de limiter la logique expérimentale au cœur du lien entre la recherche médicale et les enjeux de santé publique en Afrique selon les caractéristiques suivantes :

- Un processus de densification et d'accélération de la recherche médicale autour d'une pathologie, notamment avec la constitution de longues enquêtes médicales et des recherches cliniques
- La superposition entre recherche médicale et activités de soin à des fins d'administration de

²⁷³ Trois raisons au minimum rendent cet usage problématique selon G. Lachenal (2010 : 125). Premièrement cela entraîne une confusion entre l'intention rationalisatrice et la mise en œuvre effective qui fut marquée par des incohérences ; deuxièmement, la notion de laboratoire a un aspect instrumental qui pose la question de la réimportation des savoirs et des techniques en métropole qui est contingente à l'idée d'expérimentation coloniale mais qui est rarement étudiée. Troisièmement, enfin, son emploi est problématique dans la mesure où l'usage de la métaphore expérimentale fut employé par les autorités coloniales et les médecins eux-mêmes.

la population

Ces tendances montrent à la fois que l'Afrique servit historiquement de terrain d'application des innovations médicales et contribua directement à ces innovations médicales et découvertes scientifiques. Au terme de ce détour historique, il faudra en effet envisager les « effets en retour » de la recherche médicale, autour de la question de sa valeur –économique, politique et symbolique – et la réciprocité des intérêts en jeu.

La surveillance de nouveaux traitements dans le cadre de programme de santé publique

Il convient en premier lieu de préciser que le fait de tester des nouveaux traitements dans le cours de la mise en œuvre, y compris dans le cadre d'une politique de santé publique n'est pas un phénomène nouveau mais consubstantiel à l'ère biomédicale. Dans les pays riches, face au développement des cancers, l'essor de la chimiothérapie a été indissociable de ces cohortes dans lesquelles tous les patients quasiment étaient inclus dans les années 1970 (Löwy 1996). Le suivi de ces cohortes « cancer » était étroitement associé au traitement du cancer qui constituait l'activité principale des spécialistes d'oncologie clinique (*idem*).

Sur le continent africain, les interventions de santé publique ont historiquement procédé ainsi. Le cas récent de la vaccination contre l'hépatite B en fournit une illustration. Mis au point par le laboratoire de virologie du CHU de Tours (Ph. Maupas)²⁷⁴ en 1975, le vaccin contre l'hépatite B fut testé à grande échelle au Sénégal, pays de forte endémie, dans le cadre d'une collaboration avec le doyen de la Faculté de médecine et de pharmacie de Dakar (programme de recherche médicale « Prévention Hépatite – Hépatome »). Sur le terrain, la vaccination fut l'occasion de mener une campagne de sensibilisation des populations puis des études épidémiologiques sur le virus de l'hépatite B et le cancer primitif du foie furent menées (Chiron et al, 1998). Deux ans plus tard, la première vaccination contre l'hépatite B chez le jeune enfant eut lieu à Niakhar (1978), qui était du reste un site « plate-forme » pour la recherche biomédicale franco-sénégalaise²⁷⁵: là où se trouvaient à la fois une population de sujets, un besoin de santé publique et des infrastructures de recherche (laboratoire).

La vaccination des enfants contre l'hépatite B pris la même tournure en Gambie à la fin des années 1980 dans le cadre d'un essai randomisé, le *Gambian Hepatitis Study* (GHIS) motivé par et intégré dans la mise en place d'une intervention de santé publique de long terme (Dowdy et al 2006 :359). La vaccination au sein de communautés randomisées, à différentes périodes, pour atteindre près de 100.000 enfants en Gambie, était conçue comme faisant partie d'un programme de couverture vaccinale universelle. Cet essai qualifié d'« essai de mise en œuvre » consistait à

²⁷⁴ En plus de réaliser le premier vaccin contre l'hépatite B et son application à l'homme pour prévenir la maladie, Philippe Maupas confirma également la relation étiologique entre l'hépatite B et le cancer du foie (Chiron et al 1998).

²⁷⁵ Je renvoie à la thèse soutenue récemment par Ashley Ouvrier (2011) sur la recherche médicale contemporaine en milieu rural sénégalais, en particulier la plateforme de recherche de l'IRD à Niakhar.

commencer une intervention de santé publique sur une base expérimentale. Dans un contexte d'absence de soins (hépatite B dans les années 1970-1980, antirétroviraux à la fin des années 1990), la mise en œuvre d'un essai clinique devint une étape permettant la surveillance de la mise en œuvre d'un programme de santé publique, par la fourniture de médicaments ou la vaccination à large échelle.

Densification et spécialisation de la recherche médicale en Afrique

Le processus d'accélération et de densification de la recherche médicale remémore pour certains acteurs l'histoire coloniale en Afrique. Au cours de ses différentes phases et modalités – de la conquête, l'installation et la mise en valeur des colonies –, la recherche médicale a servi d'instrument de domination et était aussi devenue un outil de savoir, au profit du pouvoir impérial de retour en métropole. La militarisation de la médecine avait favorisé l'expansion impériale tout en étant aussi responsable de désastres sanitaires, notamment dans la diffusion de certaines épidémies (choléra en Inde, etc). Puis la médecine dans les colonies a grandement profité de l'essor des révolutions scientifiques en premier lieu le pastorisme dont l'expansion dans les colonies française a été notable²⁷⁶.

Au gré de l'installation des colons, les territoires coloniaux sont devenus des lieux d'expérimentation, au sens propre, et d'application des nouvelles théories scientifiques liées aux révolutions pasteuriennes (théorie microbienne) et médicales (hygiénisme, etc.). La présence des médecins militaires et pasteuriens a suscité une augmentation considérable de la recherche médicale conduite en Afrique consacrée ensuite par l'édification des instituts Pasteur dans les colonies (dans les années 1950 à Douala et Bangui en 1960).

Outre-mer, les Pasteuriens partirent à la conquête des germes et ont consacré les populations comme « réservoirs de virus » ou « hôtes naturels »²⁷⁷. Ils ont également cartographié et segmenté les territoires africains en territoires d'étude dans lesquels les populations et leurs virus étaient observés et traités. En particulier des sites ont été délimités pour l'étude de telle ou telle pathologie. Le territoire de l'Afrique Équatoriale Française (AEF) a été organisé en secteurs de lutte contre la maladie du sommeil (Lachenal 2005). L'exemple paradigmatique pour l'empire français était personnifié par le médecin Eugène Jamot, « vainqueur de la maladie du sommeil » au Cameroun. Il a procédé à une campagne médicale de masse dans les années 1920 consistant à aller chercher les populations, procéder à un examen systématique et un dépistage puis un traitement immédiat des porteurs du trypanosome. L'éradication de la maladie du sommeil a été déclarée à la fin des années 1920.

Dans un autre cas de figure, l'Afrique offrait la possibilité de délimiter des sites dans lesquels étaient étudiés non seulement les aspects médicaux mais également tout un ensemble de questions sociales, sanitaires, environnementales liées au gouvernement des populations comme dans

²⁷⁶ Dans un premier temps, le pastorisme prospéra plus dans les territoires d'outre mer qu'en France où il connut de très fortes résistances dans les milieux scientifiques et politiques (2012) (Moulin 1992 : 317).

²⁷⁷ Je fais référence ici aux échanges dans le cadre d'une table-ronde sur « l'Afrique comme laboratoire » à laquelle j'ai participé pendant la conférence européenne d'études africaines à Leipzig en juin 2009 et notamment à la discussion effectuée par Vinh-Kim Nguyen sur les quatre communications présentées.

l'expérience du Haut-Nyong relatée par Guillaume Lachenal (2010), une région administrée de la sorte par des médecins et des ingénieurs coloniaux, de 1939 à 1948.

Dans le cas de l'Empire britannique, H. Tilley a également observé la densification de la recherche médicale autour d'une pathologie. L'Afrique s'affirma pour la spécialisation de territoires pour l'étude d'une pathologie notamment avec en vue d'une éradication : l'Afrique occidentale reçut ainsi des financements de la fondation Rockefeller pour l'étude de la fièvre jaune (2011, 174). L'administration coloniale britannique attribua une « spécialité » à certains territoires, par exemple l'Ouganda et le Nigeria pour la recherche sur la trypanosomiase puis le Tanganyika qui devint prééminent dans ce type de recherches après la seconde guerre mondiale (2011 : 193).

Recherche médicale, santé publique et administration des populations

Les recherches médicales se sont doublement spécialisées, autour de la lutte contre les endémies : la lèpre, la trypanosomiase et l'onchocercose et autour d'organismes spécialisés : l'Institut Pasteur outre mer, l'Office de la recherche scientifique coloniale (future Orstom puis Institut de Recherche pour le Développement) pour l'Empire français (Bado 1996). Outre les excès de certains médecins procédant à de réelles expérimentations humaines, la médecine coloniale procéda à des recherches intensives dont la visée thérapeutique et de santé publique ne doit pas être occultée. Certes cette dimension de soin était d'abord accomplie pour le bénéfice des soldats coloniaux pendant la conquête puis pour les colons afin de leur permettre de s'installer sans succomber aux maladies tropicales. Progressivement, la population devint également la cible d'une intervention à visée thérapeutique, en vue notamment de favoriser l'utilisation de la main d'œuvre dans la mise en valeur des territoires.

L'entre deux guerres fut marquée par de grandes évolutions scientifiques, l'influence de mouvements pour la santé (SDN, Rockefeller) et l'essor du complexe militaro-scientifique américain. Parallèlement, cette période est marquée par une volonté des Empires de mieux faire fructifier les territoires. Au besoin de protéger les colons s'ajoutait celui de comprendre les raisons de la persistance des maladies tout en cherchant à « développer » les territoires et les populations en accord avec les projets d'administration coloniale. Il était de plus en plus important de traiter les populations. La santé publique devint un outil de connaissance et d'administration des populations.

Plusieurs historiens s'accordent pour dire que les années 1930 sont la période pour laquelle la métaphore de « l'Afrique comme laboratoire » n'est guère exagérée (Lachenal 2010 ; Tilley 2011). Les interventions en médecine, en santé publique et dans le domaine du développement s'intensifièrent conjointement. L'impératif de « rentabiliser » les colonies coïncida avec l'avènement de progrès scientifiques dont les colonies constituèrent le prolongement, le terrain d'expérimentation idéal dans le domaine du développement agricole, de la connaissance de l'environnement, des écosystèmes, des connaissances anthropologiques. Dans le domaine de la mise en valeur ou du « développement » les travaux de C. Bonneuil le confirment (2000). Il cite le cas de deux villages de Terres Neuves au Sénégal, sites d'administration et d'étude. En 1935, les familles y étaient déplacées, les rendements agricoles testés : « aucune zone n'était mieux connue de l'administration

que ce vaste laboratoire agraire et social » (2000 :271). Dans le domaine de la recherche médicale, cette période correspond à une multiplication des sites de recherches : plateformes de recherche, stations expérimentales, stations médicales, etc., comme autant de projets étatiques dans lesquels les populations pouvaient être soumises à l'intervention et étudiées en relation avec leur environnement. Jusqu'aux projets les plus insensés et démesurés tels celui qui a vu les autorités coloniales françaises confier à des médecins l'administration d'une région entière (Haut-Nyong) du Cameroun, de 1939 à 1948, en vue d'y conduire une expérience « totale » de relèvement démographique, sanitaire, éducatif, mêlant observation des populations, santé publique et expérience de gouvernement (Lachenal, 2010).

Enfin, en dernier lieu ce détour historique permet de souligner que la recherche médicale, tout comme les expériences d'administration des populations ont été menées conjointement à des entreprises de connaissances des populations, marquées par l'essor de l'anthropologie, notamment l'anthropologie africaniste qui procéda à une « vaste entreprise de mise en ordre ». Dans la logique qui conduit au traitement ARV, l'Afrique subsaharienne fournit à nouveau des opportunités de développement scientifique et de progrès sur le plan sanitaire, étudiées en même temps par les sciences du vivant et les sciences de l'homme (L'Estoile, Neiburg, et Sigaud 2000; Sibeud 2002; Tilley 2011).

La configuration de l'accès aux antirétroviraux au Botswana constitue un prolongement de ces deux tendances de densification autour d'un site et d'une pathologie d'une part et de superposition entre activités de recherche et accès aux soins d'autre part. C'est d'ailleurs cette caractéristique qui permet de réfuter le concept d'« expérimentalité » employé par A. Petryna pour qui la recherche médicale compense l'absence de soins. L'incapacité étatique à fournir des soins est comblée par la recherche clinique proposant des traitements au stade expérimental et une prise en charge des soins médicaux dans le cadre de l'essai. C'est en ce sens également que V-K. Nguyen proposait le concept de « citoyenneté thérapeutique » (2010) dans la mesure où la participation aux essais cliniques fut le moyen pour accéder à des soins gratuits et de bonne qualité et également pour participer à l'élaboration de traitements auxquels ils pourraient avoir accès. L'« expérimentalité » se situe en dehors de l'État, palliée à son absence (Petryna 2009: 30). Dans l'acception de Sunder Rajan (2006) qui a étudié l'industrie de la recherche pharmaceutique en Inde, à Bombay, les individus qui soumettent leur corps et leur santé aux expérimentations biomédicales sont des « sujets expérimentaux ». Pour autant on retiendra avec cet auteur que « le sujet expérimental n'est pas un sujet biopolitique car il ne s'agit pas d'une population dont l'État prend soin, à part sous la forme contractuelle de l'éthique libérale »²⁷⁸. En effet, en plus de l'éthique biomédicale caractérisée par sa forme contractuelle (signature d'un formulaire de consentement), l'État botswanais par l'existence du système de santé et la garantie d'un accès gratuit au médicament, prévient de la généralisation d'une expérimentalité dans le cadre de l'accès aux ARV. L'État a garanti que les populations ne soient pas des sujets expérimentaux c'est-à-dire n'accèdent à des soins uniquement du fait de leur participation à

²⁷⁸ Sunder Rajan, K. « Human Resources and Experimental Subjects », présentation lors d'un atelier à la London School of Hygiene and Tropical Medicine, février 2009, non publié.

une expérimentation médicale.

Cette mise en perspective historique de la question de l'expérimentation demande maintenant d'analyser la recherche sur le sida comme un processus ayant de la valeur, en particulier dans l'acception économique du terme.

La valeur de la recherche sur le sida

Au cours des deux dernières décennies, un soin particulier a été consacré par une pluralité d'acteurs à mettre en avant la valeur de la recherche médicale pour les pays en développement dans lesquels elle était conduite de façon croissante. Sa valeur sur le plan scientifique imposée dans le courant du 20^e aux États-Unis puis en Europe et ne fut guère questionnée dans sa transposition au Sud. Les acteurs de la recherche clinique mettent généralement l'accent sur les retombées – thérapeutiques, sanitaires – de la recherche pour les pays hôtes. Selon le Dr Moffat, l'intervention des universités américaines a contribué à l'amélioration de la qualité des soins et de la prise en charge des patients:

Certaines personnes désapprouvent mais je pense que c'est bien qu'ils puissent voir aussi comment cela marche dans d'autres pays et de fait, tout leur programme a considérablement augmenté le standard du soin au moins dans le département de médecine à Marina (Retranscription d'entretien Dr Moffat-1, Gaborone, ministère de la santé, 4/11/2008)

Si la valeur « sociale » de la recherche médicale n'est pas mise en question à Gaborone, pour autant, le fait de perdre quelque chose dans ce processus ou de ne pas « y gagner » est exprimé par les acteurs. La surveillante générale du centre de soin, en me demandant : « Que vas-tu en faire ? Qu'est ce que cela représente pour moi ? »²⁷⁹ exprimait une quête de réciprocité. Outre la santé publique, les médicaments, la formation des soignants, les responsables attendent un bénéfice individuel, professionnel : « pour nous améliorer » (*idem*). Un statisticien à l'Université du Botswana me disait « on est formés pour faire cela mais on ne peut pas travailler » (notes d'entretien, Gaborone, mai 2007). Le sentiment des acteurs est que « quelque chose est perdu pour eux », ils sont sollicités dans le cadre de recherches menées en partenariat « Nord-Sud » mais ont le sentiment d'œuvrer à la marge, de constituer une portion congrue des projets et de ne pas être réellement en possession des données.

Le partenariat est ainsi critiqué pour bénéficier de façon inéquitable aux acteurs impliqués. La multiplication des partenariats recouvre de multiples réalités pratiques : afflux de chercheurs, sujets de recherche convoités, empressement autour des patients et d'universitaires partenaires, etc. toute une série de demandes envers lesquels les acteurs locaux sont censés se conformer. D'ailleurs, selon R. Gerrets (2010), la notion de partenariat, avec son emphase sur l'égalité et le consensus contraste avec la diversité des réalités et dynamiques sociales parmi les sites et les acteurs impliqués dans ces partenariats.

²⁷⁹ « What is it for me? », expression employée par la surveillante générale du centre de soins à la fin de l'entretien, Gaborone, 31/1/2008.

Lors de l'entretien avec Dr Alma sur les enjeux actuels de la recherche clinique, elle souligna la difficulté de réguler, contester voire refuser les propositions de projets de recherche :

Aussi, une partie de ces recherches consiste à prendre des échantillons de sang pour un usage futur. Nous disons non, nous ne ferons pas cela. Pourquoi donnerions-nous notre sang²⁸⁰ ? Pourquoi donnerions-nous cette information scientifique ? Qu'est ce que cela représente pour le Botswana ? Souvent la réponse est : « c'est pour la science », mais peu importe la science ! Et nous sommes extrêmement critiqués pour cela (Retranscription d'entretien Dr Alma (2), ministère de la Santé, Gaborone, 30/9/2009)²⁸¹

Cet extrait montre à la fois la conscience de la richesse de l'information scientifique émanant des patients botswanais mais soulève en même temps explicitement la question du prélèvement, ou de la ponction, des questions que le strict respect de l'éthique biomédicale ne suffit pas à résoudre.

J'ai montré que les inquiétudes des acteurs révélaient une préoccupation pour les enjeux immédiats de santé publique et pour une considération des conditions locales de production du soin (section 1), puis j'ai proposé d'entrevoir une continuité dans la structuration de la recherche médicale en Afrique selon sa densification autour d'un site, sa concentration sur une pathologie, et la superposition entre objectifs de recherche et de santé publique (section 2). Cette continuité s'articule autour aussi de la notion de « valeur » qui permet de souligner les dimensions politique, économique et symbolique de la recherche scientifique c'est-à-dire à la fois la valeur marchande et la rentabilité des projets menés au Botswana. C'est la raison pour laquelle il faut désormais montrer comment la recherche biomédicale est incorporée dans les projets de l'État botswanais et l'envisager en lien avec les transformations économiques globales (bio-économie).

La présentation d'analogies historiques avec la recherche médicale permet de souligner la façon dont elle s'est accélérée et intensifiée autour de pathologies précises, combinant recherche, soin et administration des populations. On peut parler de continuités, en relation avec le continent africain ce qui explique aussi pourquoi les acteurs y font référence. Dans leur discours, est présente une revendication de bénéficier à ce processus, d'y participer. Ce rappel permet dès lors de retenir que les expressions d'« Afrique laboratoire » ou de « champ d'expérimentation » dont des métaphores qui ne s'avèrent heuristiques que dès lors qu'elles désignent les processus qui construisent l'Afrique comme objet de savoir, riche en données brutes, en somme un continent qui est plus que jamais « attractif ».

²⁸⁰ Cela n'est évidemment pas sans rappeler à la fois les fréquentes rumeurs de vol de sang dans l'histoire de la recherche médicale et également le sang comme objet de revendication par exemple par les indiens Yanomami dont les échantillons sanguins prélevés, stockés ailleurs, emportés dans des valises ont fait l'objet d'une demande de restitution (Albert 2003).

²⁸¹ Il est important de noter que cet entretien est réalisé dans son bureau du ministère de la santé, en tant que coordinatrice nationale de la recherche clinique. Au milieu de l'entretien nous avons été interrompues par une personne avec qui Dr Alma avait rendez-vous. Il s'agissait d'un jeune médecin européen qui envisageait de proposer un projet de recherche sur le thème du VIH et de la grippe A (« swine flu and HIV »). Au moment où la coordinatrice partageait ses inquiétudes sur l'utilisation du terrain botswanais pour des développements qui ne sont pas jugés directement utiles pour le pays, l'intervention de ce médecin contribuait à une impression de déconnexion entre les projets de recherche et les impératifs de santé publique locaux dont la proposition autour de la grippe A qui ne touchait pas l'Afrique à ce moment (mais provoquait naturellement des craintes et de grandes incertitudes sur les capacités des systèmes de santé à faire face à cette éventualité).

Section 3 – L'Afrique dans la bio-économie: recherche biomédicale et développement économique

Le 2 octobre 2009, après avoir coupé l'enregistrement après un entretien très formel, j'ai eu avec l'un de mes interlocuteurs une conversation éclairante. Dans son bureau au dernier étage de l'agence nationale de coordination du sida (NACA) ce jeune épidémiologiste qui a fait ses études aux États-Unis, à l'université de Los Angeles (UCLA) partageait ses frustrations au sujet d'impasses rencontrées par son pays dans sa trajectoire de développement. Il désignait en particulier un domaine exemplaire de ces lacunes: l'architecture – on ne construit pas assez en hauteur –, l'urbanisation – il aurait fallu prévoir de construire un échangeur en bordure de l'agglomération de Gaborone afin d'éviter les embouteillages qui empoisonnent la vie des actifs urbains, etc. La référence à l'architecture rappelle que comme la santé, c'est un domaine dans lequel les pouvoirs impériaux avaient beaucoup expérimenté dans les colonies²⁸². L'État aurait du, selon cet expert, anticiper ces problèmes au cours des dernières décennies. Il porte un regard critique sur ces aspects d'un développement urbain inabouti et lorsqu'il s'agit de situer le Botswana dans le monde, il suggère :

Il faut nous comparer avec des États comme Singapour ou la Malaisie pour voir que l'on a encore des progrès à faire. Si vous nous comparez avec des États africains, alors là oui, bien sûr on est les meilleurs (*we're the best guy*) » (entretien 2/10/2009, partie non enregistrée).

Dans les discours des acteurs botswanais et étrangers, le fait que le Botswana ne ressemble pas à un pays d'Afrique fait partie intégrante du « récit national ». Un pays qui, à l'indépendance ne possédait que « 7 kilomètres de routes goudronnées » et qui aujourd'hui dispose d'infrastructures (routes, eau, électricité) jugées excellentes, d'un niveau « dépassant largement la moyenne africaine ». Les acteurs imputent volontiers cette réussite à une « exception africaine » dont j'ai proposé, au fil de la thèse, des alternatives. Les caractéristiques d'un État développementaliste, en particulier, qui avaient contribué à faire du Botswana un « site attractif » pour la recherche médicale l'engagent une décennie plus tard à mettre à disposition son territoire et ses richesses biologiques.

J'entends montrer que dans la mesure où l'État se réapproprie à la fois l'accès aux médicaments en tant que programme de santé publique et la recherche biomédicale en tant que projet national, sa place-au-monde est retravaillée dans le sens de l'attractivité – car les acteurs s'efforcent de redéfinir leurs stratégies pour les mettre en conformité avec ces modalités d'insertion à l'économie mondiale. A ce titre, les élites politiques se réapproprient la recherche biomédicale autour du sida – sa valeur économique et symbolique – comme un outil de développement et de diversification économique. N'est-elle pas en effet une composante stable d'une imagination politique valorisant la modernisation technologique, le rôle de l'investissement privé dans le développement national aux côtés d'une régulation étatique ?

²⁸² Voir par exemple les recherches de Paul Rabinow (1992b) sur la France au Maroc.

Dans cette dernière section, il s'agit de discuter l'évolution d'une présence au monde du continent africain, ou son « extraversion » (Bayart 1999), c'est-à-dire des stratégies (financières, économiques et culturelles), employées par les acteurs, en particulier les élites politiques afin d'assurer leur domination et leur maintien au pouvoir : « les acteurs dominants des sociétés subsahariennes ont compensé leurs difficultés à autonomiser leur pouvoir et à intensifier l'exploitation de leurs dépendants par le recours délibéré à des stratégies d'extraversion, mobilisant les ressources que procurait leur rapport – éventuellement inégal – à l'environnement extérieur » (1999 : 98).

Dès lors, ce sont les modalités de l'insertion dans les mécanismes économiques et la (re)structuration des échanges (économiques et financiers) de l'Afrique avec le reste du monde qu'il faut évaluer. Dans cette optique et pour explorer une lecture autour de l'attraction dans le sens du mouvement de balancier historique proposé par J-P. Dozon (1991), il est utile d'envisager les profondes transformations de l'économie mondiale, en particulier autour de la notion de bio-économie. A la suite du travail de Catherine Waldby sur l'idée de « biovalue » (2002) puis de Nicolas Rose (*the politics of life itself*), N. Rose et C. Novas (2005) dans son ouvrage « Life as Surplus. Biotechnology and capitalism in the neoliberal era », Melinda Cooper retrace l'essor de la biotechnologie depuis les années 1970 aux États-Unis parallèle au néolibéralisme économique comme force politique dans les années 1980. La révolution biotechnologique marque l'ère post-industrielle et désigne le déplacement de la production économique au niveau génétique, microbien, cellulaire. Cooper précise que la notion de bio-économie concerne les interactions entre la croissance économique et biologique. En 2005, l'OCDE en donna une définition qui rendait bien compte des alliances possibles entre la productivité biologique et l'extraction d'une valeur de « surplus ». La bio-économie était définie comme « un domaine d'activités économiques qui capture la valeur latente des processus biologiques et des bio-ressources renouvelables pour produire une santé améliorée, un développement et une croissance durable »²⁸³.

La seconde notion convoquée sera celle d'extraction qui est le paradigme dominant (depuis analyse néo-marxiste de la dépendance de Samir Amin (1976) jusqu'aux analyses de James Ferguson (1999 ; 2006) et de Achille Mbembe (2010) pour étudier l'économie politique du continent africain et son mode d'insertion premier selon la modalité de la ponction de matières premières exportées dans le reste du monde.

L'hypothèse est que à l'ère de la bio-économie, le continent africain demeure « convoité » (M'Bokolo 1980) en tant qu'il est riche en ressources primaires, ce qui provoque des tensions autour de la transformation de ces matières et de la valeur ainsi créée. L'attractivité sera convoquée dans la mesure où la notion permet de réintroduire la réciprocité des intérêts, en particulier les stratégies de développement national, la quête de modernité comme stratégie d'extraversion.

²⁸³ OCDE, 2005, « Proposal for a Major Project on the Bioeconomy in 2030 », Paris, Publications OCDE, rapport cité par Cooper, 2008: 45.

Innovation, développement, modernité

Il s'agit en premier lieu de montrer que l'État botswanais et les élites politiques se réapproprient la recherche clinique comme un levier de développement économique, en particulier en lien avec la nécessité de diversifier l'économie nationale, trop dépendante envers l'exportation de diamants qui constitue une rente pour l'État botswanais. Bien qu'ayant été relativement épargnée par la crise mondiale de la fin des années 2000, l'économie diamantifère est toutefois menacée car les gisements tendent à s'épuiser. La recherche biomédicale qui s'est développée à partir des années 2000 a permis à l'État botswanais de remplir sa mission en tant qu'État bienfaisant. Puis, a fait converger de multiples acteurs dans le cadre de partenariats et collaborations. En se réappropriant et en amplifiant ces projets (avec la création du Botswana Health Innovation Hub), l'État botswanais entend-il utiliser les richesses biologiques de sa population à des fins de développement économique ?

« Venez faire de la recherche ici ! » : innovation thérapeutique et développement sanitaire

Tout d'abord, les responsables de santé publique réitèrent leur confiance dans le processus d'établissement des preuves par l'essai clinique pour élaborer les politiques de santé publique. La politique nationale de santé publique doit être fondée sur des résultats d'études cliniques, c'est-à-dire qu'ils entendent éclairer de la sorte leurs choix (prévention, thérapeutique, etc.) sur des preuves d'une efficacité biomédicale (« evidence-based policy »). D'après le Dr Derek, responsable du programme Masa de 2007 à 2009, les différentes études « Mère-Enfant » ont eu une très grande influence sur les décisions de santé publique. En réitérant l'adhésion au paradigme biomédical, les responsables de santé publique restreignent le débat à des discussions avec leurs principaux partenaires biomédicaux au détriment d'un débat public c'est-à-dire d'une mise en discussion de ces enjeux avec la population. Du reste, la population demeure le destinataire passif des politiques de santé et non un acteur de ces choix politiques. Dans les mots du directeur des services hospitaliers (ancien directeur du programme Masa de 2005 à 2007) le développement de la recherche clinique permet en effet de « préparer la population » :

Si quelque chose de nouveau est développé en Amérique, cela peut être difficile à mettre en place ici, il faut institutionnaliser, il faut un mouvement au niveau politique, il faut préparer la population, cela peut prendre du temps. Mais si la recherche est faite ici, l'acceptation sera plus rapide. Alors il faut saisir cette opportunité. (Notes d'entretien, Direction des services de santé, ministère de la Santé, Gaborone, 24/9/2009)

Dans cet extrait, le responsable de santé publique suggère également que la recherche soit « adaptée » à la population. La recherche *in situ* garantirait un accès à des thérapies correspondant aux caractéristiques biologiques de la population. Cette position fait écho aux excès voire aux scandales de la recherche médicale en Afrique, par exemple le fait qu'en 1999 était mené un essai vaccinal en Ouganda sur un sous-type du VIH (B) peu prévalent dans le pays et qui aurait été uniquement valable pour les populations des pays occidentaux. On retrouve dans cette position une revendication « identitaire » qui inclut la question de la « différence » dans la recherche médicale. Selon Steven Epstein (2007) les revendications d'inclusion de type identitaire de groupes sous-représentés dans la recherche médicale (femmes, Noirs, latino-américains) conduit à la réification de la différence

biologique au détriment d'une compréhension en termes d'inégalités sociales. Dans son adhésion au paradigme d'une recherche menée en Afrique pour les populations africaines, le responsable des services de santé, formé à la prise en charge du sida par les médecins de Harvard, considère que la recherche médicale représente la garantie d'un accès à l'innovation et au développement technologique :

Si une innovation apparaît, nous devons être les premiers, on doit le savoir en premier. Donc « venez faire de la recherche ! » (Notes d'entretien, Direction des services hospitaliers, ministère de la Santé, Gaborone 24/9/2009).

Comme le rappelait l'ancien responsable du programme Masa Dr Derek, le gouvernement est engagé à fournir les meilleures thérapeutiques à sa population : « ce qui est donné en Occident, on veut le donner ici ! Les dernières classes de médicaments, les inhibiteurs de protéase, etc. »²⁸⁴ et dans cette perspective, la conduite des recherches *in situ* permet de garantir l'accès aux dernières molécules et aux traitements les plus efficaces. Pour Dr D., quinze ans après les premiers ravages de l'épidémie de sida au Botswana, le gouvernement doit veiller à maintenir un haut niveau de développement et de technicisation des infrastructures, notamment pour prévenir les risques de crises sanitaires :

Il faut prévenir quelque chose comme le VIH. Les systèmes de santé doivent être suffisamment forts pour être préparés à un autre VIH. D'où l'étude de la virologie. Nous attirons beaucoup de recherches. Laissons les faire de la recherche, la recherche développe les infrastructures. Alors si une nouvelle maladie arrive, nous serons prêts. (Notes d'entretien, Dr D., Direction des services hospitaliers, ministère de la Santé, Gaborone, 24/9/2009)

En affirmant, sous la forme de l'injonction « laissons les faire de la recherche ! », le Dr D. qui est au fait des inquiétudes dont il a été question précédemment, adhère à l'idée que mécaniquement, la recherche clinique est bénéfique pour l'ensemble du système de santé. Il adopte également la logique d'un raisonnement en termes de sécurité et de la nécessité d'une préparation des systèmes de santé à faire face à l'émergence d'une nouvelle maladie infectieuse et rejoint le discours sur la biosécurité tel qu'il a émergé dans les années 1980-1990 aux États-Unis. Le sous-bassement idéologique est double : d'une part, l'investissement public comme l'investissement privé doit être massif dans l'industrie biotechnologique et les sciences du vivant et d'autre part cet objectif de développement peut être entrevu comme un projet national de diversification économique de l' « après-diamant ».

Imagination politique et développement scientifique : le *Botswana Innovation Hub*

Si les responsables de santé publique sont conscients de l'adaptation des biologies africaines aux besoins de la recherche scientifique transnationale, ils sont également en mesure d'en faire un usage réapproprié dans des projets de développement nationaux. C'est en particulier le cas de l'étude de la virologie que des projets gouvernementaux visent à développer dans le cadre de « hubs d'innovation » :

« Il y a en effet des idées dans le cadre du Botswana Innovation Hub, il s'agirait de créer un parc scientifique de biotechnologie où l'on puisse faire ce que l'on sait : la virologie (...) Au sein du gouvernement ils pensent à un centre de recherches pour les maladies virales. Certains

²⁸⁴ Notes d'entretien avec le Dr Derek, Gaborone, octobre 2009.

pays ont certaines conditions. En Occident, le problème des maladies cardiaques est une priorité nationale aux États-Unis. » (...) "Il s'agit de créer une industrie de recherche" (notes d'entretien, Dr D., ministère de la Santé, Gaborone, 24/9/2009).

Pour ce jeune responsable de santé publique qui a effectué ses études aux États-Unis, les références aux États-Unis ponctuent un discours qui met en avant la possession d'un avantage biologique et épidémiologique à mettre à profit afin de transformer la recherche virologique en une activité économique à part entière. L'imagination politique du Botswana contemporain est ici mobilisée à la fois sur le plan de l'absorption du projet de développement biotechnologique au cœur de l'État développementaliste (Health Hub) et dans la façon de donner un sens à l'ensemble de ses implications économiques et sociales.

Les responsables gouvernementaux ont opté pour l'inclusion de la recherche biomédicale dans un projet national de plus grande envergure intitulé "Botswana Innovation Hubs" en cours d'élaboration depuis la fin des années 2000. Des réflexions ministérielles avait abouti au début des années 2000 à la création d'un système national de recherche et d'innovation avec la mise en œuvre d'un « Plan national de Recherche, science et technologie », supervisé par le ministère des Communications, de la science et de la technologie²⁸⁵ mais de fait par le puissant ministère des Finances et de la planification pour le développement (MFDP). Il s'agit de créer des plateformes de recherche, de soutenir de la recherche opérationnelle et de la recherche fondamentale (*line research*), par des moyens de financement innovants. Parmi ces financements, le partenariat public-privé est privilégié par les responsables gouvernementaux : il s'agit d'offrir des sites de « qualité robuste » (*high quality*) pour stimuler l'investissement étranger²⁸⁶. Malgré sa vigilance dans la sélection de projets scientifiques de haute technologie, ce projet emporte l'adhésion de Dr Alma:

En fait, ce Hub c'est très intéressant, c'est un groupe très intéressant venant de Finlande qui ont plusieurs de ces Hubs, dans l'agriculture, la chimie, différents champs qui ont leurs Hub et ce qu'ils font c'est qu'ils laissent l'industrie financer l'innovation scientifique et donc c'est comme une partenariat public privé donc ton agenda scientifique est stimulé et tu en tires des bénéfices et ton programme scientifique est financé, c'est brillant en fait, c'est un concept très intéressant. Et avec le Botswana qui doit en plus chercher à se diversifier par rapport aux diamants donc en effet, les gens disent "attendez, comme je le dis et un groupe parmi nous disons: nous avons l'un des programmes sida les plus réussis au monde et puis quoi? Le programme et c'est de la biologie moléculaire, nous avons les échantillons, les laboratoires, nous avons les scientifiques, on a toute cette infrastructure, ne prenez plus nos échantillons! Venez ici, laissez nous créer les laboratoires et le personnel et on pourra encore avancer ensemble, il y a beaucoup d'impérialisme dans la science et il n'y a aucune raison pour cela car personne n'est nécessairement plus intelligent ou meilleur (Retranscription entretien, Dr Alma (2), ministère de la Santé, 30/9/2009).

Dans le même entretien Dr Alma venait de critiquer "l'impérialisme scientifique" et les intérêts scientifiques qui sont détachés des intérêts immédiats des populations souffrantes. Dans cet extrait transparait une mécanique de séduction entre différents acteurs au point de rencontre entre la propension des partenaires extérieurs à proposer une intervention ou un modèle tandis que les responsables nationaux sont engagés à présenter les facettes et les perspectives les plus

²⁸⁵ Ce ministère a été créé en 2002 et son département Recherche, Science et Technologie a été créé en 2004.

²⁸⁶ Présentation à un Forum sur l'innovation en Irlande (mars 2007) par Dr E. S. Selaolo, directeur pour la Recherche, Science et Technologie (22 p.), non publiée.

prometteuses afin de pouvoir bénéficier de l'investissement.

Les économistes influents auprès du gouvernement botswanais avaient tôt alarmé sur les risques d'une économie trop dépendante à l'égard des diamants (K. Jefferis), une ressource vouée à se tarir et avaient effectué un plaidoyer pour la diversification de l'économie botswanaise. Pour le gouvernement, la santé et la médecine peuvent devenir les ressources pour un projet de diversification de l'économie botswanaise. Mais ces projets suscitent des craintes au plus haut niveau du système de santé :

Ils envisagent de développer des modèles, des centres d'excellence en santé publique et recherche sur VIH/sida. Dans un sens, on pourrait dire que nous sommes déjà un centre d'excellence avec le partenariat mais ce qu'ils veulent c'est étendre cela pour devenir une sorte de centre international d'excellence et faire venir beaucoup plus de monde, utiliser certains des nouveaux hôpitaux²⁸⁷ pour développer une expertise clinique en chirurgie ou des choses comme ça et essayer d'attirer les étrangers pour qu'ils viennent se faire soigner ici pour des choses où il y a de longues attentes ou qui sont plus coûteuses chez eux. Je ne pense pas que cela puisse être introduit comme ça, à partir de zéro, je pense qu'il faut avoir un système de santé public fonctionnel et bien établi au plus haut niveau avant de pouvoir offrir cela. Il y a des pays comme Dubaï qui peuvent ainsi transplanter tout un hôpital avec tout le personnel mais je ne pense pas que le Botswana puisse le faire (Retranscription d'entretien Dr Moffat-1, ministère de la Santé, Gaborone, 4/11/2008).

De façon significative, Dr Moffat effectue une analogie avec les pays du Golfe dont les richesses en sous-sol autorisèrent le gigantisme des projets. Engagés aussi – avec une urgence moindre – dans des projets de diversification économique, les pays du Golfe, tout comme des pays asiatiques comme la Malaisie et Singapour, cherchent à attirer la présence occidentale et les investissements en construisant non plus uniquement des centres commerciaux, mais aussi des hôpitaux, des universités, des musées. Il s'agit de se projeter dans une transition « développementaliste » entre le fait d'exister comme un site riche en ressources minières et le fait de pouvoir proposer des espaces ou centres de production de soin (cliniques et hôpitaux pour une clientèle étrangère) et de savoir (universités, centres de recherches).

Le gouvernement botswanais entrevoit la possibilité d'effectuer cette transition par le biais d'un projet de développement économique donnant accès à des technologies modernes, des équipements d'excellence ("state of the art"). La modernisation et l'innovation occupent une place importante dans ce projet. L'idée centrale du "Botswana Innovation Hub" est de poursuivre sur la voie d'un développementalisme inspiré des Tigres asiatiques (Malaisie, Singapour) en investissant dans la "recherche et développement", de façon à créer de l'innovation pour soutenir le développement économique. Il faut pour cela augmenter la part du PNB consacré à la recherche et développement. Le gouvernement s'appuie sur le MFDP en vue de financer les différents ministères, le secteur public (Université du Botswana et autres universités) et le secteur privé, en stimulant les partenariats publics privés. Dans les termes d'un responsable ministériel, il s'agit de "proposer des incitations pour attirer les investissements à haute valeur technologique au Botswana"²⁸⁸.

²⁸⁷ Dr Moffat fait ici référence aux hôpitaux de Serowe et de Molepolole qui en 2008 sont en train d'être rénovés, agrandis, modernisés.

²⁸⁸ *Idem*, p. 19.

D'ores et déjà, le gouvernement a choisi un emplacement à Gaborone et a sélectionné un cabinet d'architectes new-yorkais pour construire le futur site du Botswana Innovation Hub. La compagnie choisie pour développer ce projet est elle même considérée comme l'une des plus réputées au monde dans son domaine et a été retenue car son projet est d'utiliser les technologies de construction les plus innovantes et cohérentes sur le plan environnemental: récupération des eaux de pluie, cellules photovoltaïques. Le bâtiment vise à restituer l'idée de consortium et de communautés, entre différentes unités reliées par des ponts. Dans une critique du projet architectural (voir en annexe), une journaliste affirme que « le projet de Parc, entrepris par le gouvernement botswanais, entend catapulte dans le 21^e siècle cette nation construite sur le bœuf et le diamants »²⁸⁹. Les projets gouvernementaux fascinent les observateurs extérieurs qui les apprécient comme les signes d'un dynamisme économique et politique qu'ils ne sont pas habitués à situer en Afrique : une superposition entre une idéologie modernisatrice et la volonté du gouvernement de favoriser l'insertion du pays dans l'économie mondiale, par l'utilisation de ses ressources naturelles.

A travers la quête de diversification économique, c'est l'adhésion à un modèle de développement qui est mobilisée. L'adhésion à la science et aux possibilités de développement économique est incorporée dans le projet national ou le processus de construction nationale. La science est un élément clé de l'État-nation, tout comme le développement d'une économie industrielle, une classe moyenne, un système éducatif national, un gouvernement représentatif et une presse nationale, autant d'éléments qui ont caractérisé la modernisation européenne des 18^e-19^e siècles et des voies empruntées ensuite par des États comme l'Inde .

Il est également utile de penser la quête de diversification économique et l'imaginaire du développement technologique selon l'expression employée par J. Ferguson « Expectations of modernity » (1999) dans son étude sur le retour des mineurs dans leurs villages, après la crise du développement industriel des années 1970. Ferguson interroge la « modernité » comme étant au centre d'un récit téléologique lié à la théorie de la modernisation marquée par la linéarité du développement. Il entrevoit la modernité à l'articulation entre une histoire spécifique et des pratiques culturelles mais aussi, et surtout, comme une condition politico-économique et un statut global, c'est-à-dire un rang dans une hiérarchie socio-économique. Dans ce cadre, les aspirations à la modernité se concrétisent en choix politiques, marqués le cas échéant par des tensions entre « quête » et « rejet », et visant à lutter pour l'appartenance à ce statut global et à maintenir son rang dans la hiérarchie mondiale. Il convient d'envisager selon quelles modalités ces intérêts politiques, économiques et symboliques nationaux s'imbriquent à l'économie politique globale, puis dans le cadre d'une réciprocité dont rend compte la notion d'attractivité.

²⁸⁹ "Could Botswana Become a High Tech Hub? SHoP Architects Builds a \$50m Gamble" Article consulté le 11/11/11 sur le site de critique design à l'adresse: <http://www.fastcodesign.com/1663248/could-botswana-become-a-high-tech-hub-shop-architects->. On peut également se référer au site de l'agence d'architecture newyorkaise SHoP: <http://www.shoparc.com/#/projects/all/botswanainnovationhubbuilds-a-50m-gamble>

... dans le cadre de la bio-économie globale...

Critiquant l'inflation de « bio-concepts » dans les études sur la science et la technologie (STS) afin de penser les relations entre sciences de la vie et leur capitalisation, Birch et Tyfield (2012) suggèrent un effort de re-théorisation des dimensions et en particulier des enjeux liés à la transformation de l'économie mondiale, notamment le fait que la richesse repose désormais de plus en plus sur la possession d'avoirs financiers. La matière vivante, rappelle Maurice Cassier, est en effet depuis fort longtemps incorporée dans la technologie et l'économie. Pour mesurer l'étendue des transformations il faut étudier l'expansion du capitalisme dans le domaine du vivant, notamment par l'extension des droits de propriété intellectuelle sur la matière vivante et sur les informations et les connaissances associées (bases de données, etc.). D'après Zeller en effet, l'économie mondiale et sa financiarisation impliquent une captation de rentes : par brevets, droits de propriété intellectuelle et la mise en place de monopoles. Plusieurs tendances sont dessinées par cet auteur parmi lesquelles: l'accumulation par dépossession et l'extraction d'une rente par la mise en place de monopoles sur ce savoir dépossédé (brevets) (Zeller 2008).

Dépossession, accaparement

La question de la dépossession se pose pour les acteurs du soin et de la recherche dans le domaine du sida. Les partenariats de recherche qui ont été démultipliés pour l'étude du sida sont à cet égard critiqués par les « chercheurs locaux » comme des dispositifs permettant aux chercheurs du Nord de procéder à des recueils de données brutes. Dans cette course aux données disponibles, les chercheurs botswanais dénoncent le fait d'être relégués à la marge. Un jeune économiste de l'Université du Botswana me confiait à ce sujet :

Nous n'avons pas accès aux données, elles ne nous sont pas communiquées et nous ne pouvons pas les prendre directement. Les gens viennent de l'extérieur pour étudier nos données. [...] Je ne comprends pas pourquoi des étrangers peuvent écrire sur le Botswana tandis que nous, qui vivons ici, ne sommes pas en mesure de le faire (notes d'entretien, L. Takone, Université du Botswana, Gaborone, 18 mai 2007).

Dans ces partenariats « inégaux » ou « postcoloniaux » (Crane 2010a), l'accès aux données se pose mais également leur possession et leur stockage qui rend possible leur capitalisation ultérieure par des publications mais également par le monopole d'une rente sur le savoir produit de la sorte²⁹⁰. Le jeune chercheur poursuivait :

Le ministère dit qu'il ne peut pas partager les données pour des raisons de confidentialité. Je ne sais pas mais mon sentiment est que les Américains ont le contrôle sur les données (*idem*).

²⁹⁰ Il est question ici de s'intéresser aux enjeux d'économie politique. Plusieurs analyses de ces partenariats avec des organismes de recherche ou de coopération du Nord ont contribué à montrer les tensions liés à aux enjeux de pouvoir et à la question de l'inégalité (Crane 2010b) ou aux questions de domination intellectuelle avec l'imposition de méthodologies formatées, des valeurs qui pré-définies. Pour une critique de ces mécanismes venant du Botswana, je renvoie à l'article de l'universitaire de l'Université du Botswana, Bagele Chilisa (2005). Bien que je ne sois pas entièrement convaincue par le cadre d'analyse postcoloniale utilisé (systèmes de savoir et façons de savoir aliénés par la colonisation, reproduction de la dichotomie colonisateur/colonisé sur le savoir, aliénation mentale pour produire un savoir conforme), la professeure en sciences de l'éducation de UB a le mérite de proposer une expérience sensible de ces partenariats du point de vue du Botswana.

Il proposait enfin que le Botswana se dote d'une "loi de protection des données", à savoir un cadre légal qui garantisse "une utilisation éthique" des données, sans pour autant qu'elles soient "divulguées". Dans le domaine biomédical, au cours de notre second entretien, Dr Alma effectua une analogie significative entre la recherche biomédicale et la notion de franchise. Elle rejoint l'idée développée par A. Petryna selon laquelle la conduite des essais cliniques est le résultat d'un processus de délocalisation :

Ces études qui viennent au Botswana ne sont pas issues d'un chercheur sur le terrain mais c'est comme une franchise, quelqu'un à BHP accepte de porter le projet ; les protocoles sont écrits, les consentements sont écrits, tout est fait, c'est de la franchise, c'est de la recherche en franchise ! (Retranscription d'entretien, Dr Alma (2), ministère de la Santé, Gaborone, 30/9/2009).

En utilisant le terme de « recherche en franchise », Dr Alma mobilise une analogie commerciale significative. Cette métaphore souligne à la fois l'extériorité de la dynamique et l'utilisation commerciale qui serait faite d'un territoire, de ses ressources et de son environnement, comme dans le cadre d'un investissement. Dans le domaine commercial, la notion de franchise fait référence à l'octroi d'une « concession » en échange de droits (sur la production). La « recherche de franchise » désigne un processus où dominent les intérêts économiques et l'importance d'un environnement favorable sur la cohérence avec les enjeux de santé publique locaux. Cette idée de délocalisation met également l'accent sur un phénomène global de ponction de ressources primaires voire d'accaparement (propriété) sur des ressources biologiques ou sur des ressources primaires, comme les terres arables. Dans ce cadre, l'action du gouvernement revient à produire des incitations afin que les investisseurs choisissent ce site. Un retour par la notion d'extraction me permettra de mieux situer mon propos.

La poursuite de l'économie d'extraction?

L'extraction est le prisme privilégié pour analyser l'économie politique en Afrique. Selon Achille Mbembe (2010), l'économie africaine ne connaît pas d'alternative au modèle de l'extraction et de la ponction des matières premières. Ce constat explique l'absence de démocratie et la permanence des conflits. Dans ces enclaves d'extraction de matières premières, l'État a délégué sa souveraineté. Par ailleurs pour James Ferguson (2006) l'économie d'extraction est une notion qui permet de penser les dimensions de spatialisation en corrélant à l'investissement économique l'existence de zones attractives.

D'ailleurs, l'apport de J. Ferguson, qui a travaillé en Zambie, est que l'économie d'extraction est compatible avec un modèle « épais » socialement d'État développeur cherchant à produire du « développement », des travailleurs sains, de la croissance et une image redorée en Afrique d'un État favorable pour investisseurs, malgré son faible marché interne comme c'était le cas de l'industrie zambienne. L'économie s'était développée pendant la période coloniale adossée à un paternalisme industriel prolongé à l'indépendance avec le président Kaunda, jusqu'au début de la crise au milieu des années 1970. Ferguson oppose au modèle des pays africains pétroliers et de l'exemple paradigmatique de l'Angola où l'extraction du pétrole est associée à la guerre, la pauvreté et les inégalités, et la présence de firmes privées sud-africaines garantissant la sécurité des installations.

Dans l'optique de J. Ferguson, la logique de l'extraction ne signifie pas nécessairement la disparition de la souveraineté. Le modèle de l'extraction pourrait permettre de souligner le double processus d'investissement, de spatialisation de l'intervention, la délimitation de zones, en revanche, mais doit être complété par un imaginaire de la science comme préalable au développement en Afrique.

La densification de la recherche autour du sida, la course aux données brutes et les projets biotechnologiques de l'État botswanais indiquent que l'économie d'extraction demeure la modalité d'accès au continent africain, un processus par lequel des ressources primaires sont extraites et qui produit de l'inégalité. Pour qualifier cette rencontre entre les intérêts et les projets d'un État africain et les logiques d'intervention de divers acteurs transnationaux sur le continent africain, l'attractivité me semble à même de décrire à la fois les modalités d'intervention (choix des pays, des sites) et un imaginaire du développement des pays africains (les économies africaines n'ont pas décollé car ont échoué à attirer l'investissement étranger).

L'attractivité comme modalité d'intervention et imaginaire du développement

L'intervention sur le sida mérite d'être envisagée en regard avec une représentation du continent africain composée de pays prometteurs en termes de sites d'investissement. Autour du sida et de son traitement, du développement de nouvelles technologies au service du soin, se dessinent des sites aux potentiels d'investissement dans lesquels une matière brute, biologique est extraite et transformée. Les tensions émergent lorsque les acteurs qui en espèrent un bénéfice (économique, politique) s'en estiment dépossédés.

L'attractivité, dans son acception en sciences économiques qui est utile pour penser l'insertion du champ de la santé publique en Afrique dans les domaines d'investissement prometteurs. Et en particulier les propositions en économie politique de J.-J. Friboulet (2010) qui suggère non de dépasser l'idée de compétitivité que résumeraient des mesures visant à former une main d'œuvre qualifiée, à baisser le coût du capital et à améliorer les infrastructures et résulterait donc d'un certain nombre d'avantages comparatifs. Il propose d'entrevoir dans l'attractivité une notion plus heuristique comme « une construction progressive (établie) en consolidant une situation ancienne, historiquement assurée » (p. 11) c'est-à-dire une conception du territoire et de ses différentes dimensions culturelle, économique et politique. Outre les dimensions géographiques du territoire (la possession de diamants par exemple), l'attractivité est envisagée comme « la construction systémique de plusieurs capacités dans la longue durée. Elle est nécessairement le fruit d'un processus de développement » (p. 22) ; dans ce cas, l'accent est mis sur les stratégies, les finalités, ce qui a une dimension politique (p. 25). Cette définition est utile pour comprendre l'économie politique du sida car elle permet d'affirmer la coïncidence entre des stratégies historiques de développement de l'État botswanais (jusqu'aux *Innovation Hub* et *Health Hub*) et de nouvelles modalités d'intervention empruntant des voies similaires à celles de l'investissement privé : accessibilité, rentabilité, etc.

Enfin, l'attractivité si elle est une politique pourrait rendre compte de la façon dont l'appartenance à cette économie politique conduit les États africains à se présenter sous des atours séduisants, à se mettre au goût de l'expatrié occidental et des investisseurs. Exemple parmi d'autres,

à l'occasion de la visite officielle en France du président rwandais Paul Kagamé en 2011, l'ambassade du Rwanda en France publiait et diffusait largement une lettre d'information dans laquelle « Kigali 2015 » était présentée comme le site idéal d'investissement, une future mégapole moderne où le prix et le goût du steak frites promet autant aux futurs investisseurs que le futur marché de la classe moyenne rwandaise²⁹¹. Je propose de retenir que l'attractivité est une politique qui conduit les élites botswanaises à se conformer à un ensemble de normes permettant de favoriser l'investissement étranger.

Un continent prometteur regorgeant d'opportunités d'investissement

Le continent africain apparaît dans son ensemble comme une zone d'investissement et de développement technologique hautement prometteuse. En juin 2010, McKinsey publie le rapport intitulé « Lions on the Move : the Potential and Progress of African Economies » qui concerne les enjeux d'investissement de façon plus globale. Il faut noter en page de couverture, des photos d'une écolière portant un téléphone portable à son oreille et la métaphore des lions dans le titre (rappelant à la fois une proximité avec la nature mais un potentiel analogue à ceux des « Tigres » asiatiques). Les rédacteurs de ce rapport notent que ce potentiel émane d'une croissance économique importante et des efforts des gouvernements pour créer de meilleurs climats des affaires qui ont permis cette croissance à travers les frontières et les secteurs. Enfin, les tendances démographiques et sociales, l'urbanisation laissent entrevoir la consolidation d'une classe moyenne de consommateurs urbains d'une part et aussi la présence en Afrique, d'ici 2040 des plus importants effectifs de main d'œuvre (*workforce*). Conçu comme un vaste marché en plein développement, le continent africain est dépeint dans ces nombreuses études comme regorgeant d'opportunités économiques et commerciales²⁹². La presse économique française propose de fréquentes analyses sur l'attractivité économique et commerciale du continent africain²⁹³. L'attractivité de certaines régions d'Afrique pour les investissements directs étrangers est soulignée dans de nombreux domaines parmi lesquels celui de la santé. Le domaine de la santé et de la médecine fait figure de « gisement d'opportunités » d'investissement et de consommation.

La santé, en tant que secteur, occupe une place dans cet imaginaire de potentiel économique, de transformations socio-économiques en train de s'adapter et de se mettre à disposition des investisseurs étrangers. Ce continent prometteur a été ainsi dépeint, entre autres, par un rapport de l'un des premiers cabinets de consultants au niveau mondial, McKinsey dont on se souvient du rôle au début du programme Masa (chapitre 2). Les consultants de McKinsey avaient, pour le compte du gouvernement botswanais et de ses partenaires les Fondations Bill & Melinda Gates et Merck, réalisé une évaluation des besoins pour la mise en œuvre du programme (« le rapport

²⁹¹ Rwanda, Newsletter n°1 de l'ambassade du Rwanda à Paris, reçue par courrier électronique le 5 novembre 2011.

²⁹² Le cabinet Ernest & Young a ainsi publié une étude intitulée en 2011 puis en 2012 une étude intitulée « Africa attractiveness study ».

²⁹³ Voir par exemple « Ernst & Young : l'Afrique plus attractive que jamais », Les Afriques, entreprises et marchés, n°165, 9-15 juin 2011 : « Bolloré Africa Logistique veut se renforcer en Afrique anglophone », Les Echos, 15 juin 2011.

McKinsey »). Le premier responsable du programme Masa, Ernest Darkoh était un consultant de la firme. McKinsey s'est investie de façon croissante dans le domaine de la santé²⁹⁴. En 2007 à partir de recherches effectuées par McKinsey, l'International Finance Corporation²⁹⁵ a publié un rapport intitulé « The Business of Health in Africa », qui fut financé en grande partie par la fondation Bill et Melinda Gates. L'objet de ce rapport était de faire un état des lieux des opportunités pour le développement du secteur privé dans le domaine de la santé et l'accès aux soins en Afrique et de présenter le secteur privé comme une opportunité pour combler les retards et les lacunes des systèmes de santé. La santé est envisagée comme l'un des domaines d'intervention que le secteur privé doit envisager de privilégier dans les années à venir.

Sortir de la pauvreté par l'excellence

L'attractivité engage les acteurs dans des stratégies de mise en conformité avec un imaginaire du développement scientifique et technologique. Le développement scientifique de l'Afrique, préalable imposé à l'accès aux ARV. La construction de centre d'excellence est entrevue comme un moyen de « sortir de la marginalité » car elle suscite l'intervention de partenaires privés intéressés par la présence d'infrastructures de « standard international » et leur assure une visibilité mondiale. La lutte contre les épidémies comme le paludisme dépend désormais de l'existence de « laboratoires d'excellence » et de centre de recherches travaillant en partenariat avec les plus puissantes universités mondiales. La nécessité de développer les infrastructures scientifiques (ouvrir un centre d'enseignement des mathématiques à Dakar afin de débusquer un « Einstein africain » par exemple) renvoie à un imaginaire d'un développement rendu possible grâce à la technologie, le médicament etc., tel que véhiculé notamment par la fondation B. et M. Gates « What we do to save lives ». Cette fondation effectue des campagnes de communication sur le thème des vies sauvées grâce à la biomédecine et aux nouvelles technologies. Au-delà de l'accès aux médicaments, la mise en conformité des infrastructures sanitaires aux « standards internationaux d'excellence » entraîne une technicisation du soin²⁹⁶ qui se développe dans une économie des partenariats publics-privés qui encourage les pays se présenter comme des sites ayant un potentiel d'investissement et de rentabilité²⁹⁷.

²⁹⁴ Sur l'histoire de la compagnie de conseil McKinsey voir l'article de M.-L. Djelic (2004).

²⁹⁵ (World Bank Group)

²⁹⁶ De plus en plus, les téléphones portables sont utilisés pour rappeler aux patients de prendre leurs médicaments, de venir à leur RDV; les GPS également pour localiser les patients dans le cadre de leurs visites dans les villages.

²⁹⁷ Voir par exemple le site internet « How we made it in Africa » qui propose des conseils et récits d'expérience pour les futurs investisseurs en Afrique. Voir: <http://www.howwemadeitinafrica.com/> (29/9/2012).

Conclusion du chapitre 5

La notion d'expérimentation demeure certes un outil heuristique pour penser les modalités d'intervention liées à la recherche médicale en Afrique mais son usage doit être maîtrisé. Au cœur d'une tension entre inquiétudes et opportunités, et grâce à une approche diachronique de la place de la recherche au cœur du soin, j'ai proposé de restreindre son usage à trois caractéristiques : la première consiste à rappeler que l'expérimentation est constitutive de la biomédecine dont les innovations sont validées au moment de leur mise à disposition en population générale, deuxièmement, l'intensification de la recherche autour d'une pathologie et sa densification autour de « sites » de recherche, dans lesquels les sciences biomédicales opèrent aux côtés des sciences sociales ; enfin, le fait que ces interventions combinent recherche médicale et intervention de santé publique est répandu sur le continent africain dans la mesure où les États ne peuvent financer seuls certains programmes de soins.

Les moyens pour combler ces lacunes, la formation des soignants, les dispositifs de surveillance, d'observance constituent autant de priorités pour la recherche internationale. Ainsi l'accès aux ARV qui était au départ déterminé par une perception des lacunes des États et de leurs systèmes de santé a évolué vers une configuration dans laquelle les États sont dotés de qualités les rendant attractifs pour l'investissement scientifique international et le développement biotechnologique, mais dont la capitalisation est un processus qui leur échappe en partie.

Pour autant, la recherche clinique sur le sida au Botswana est l'objet d'inquiétudes de la part des soignants et des responsables en raison de son incorporation au cœur du projet national de développement, tant dans sa dimension sanitaire qu'économique. En effet, réincorporée en tant que passerelle de développement technologique, l'attractivité est utile pour penser le champ de la santé publique en Afrique car elle souligne le type de politiques que les États adoptent pour façonner leur environnement afin de favoriser l'investissement étranger. La notion met l'accent sur l'imaginaire du développement technologique, du modèle de l'investissement privé ainsi que sur la réciprocité des intérêts entre acteurs engagés. Du reste, le modèle de l'économie d'extraction demeure une notion heuristique pour penser l'insertion du continent africain au monde dans le domaine de la lutte contre le sida, dans laquelle l'investissement et l'intervention sont conditionnés par les bénéfices engrangés par les acteurs extérieurs à partir de l'extraction de données brutes.

Conclusion de la deuxième partie

L'épidémie de sida a replacé le continent africain à une place centrale dans la cartographie des enjeux scientifiques internationaux. Les priorités scientifiques en lien avec le VIH/sida ont connu d'importantes évolutions dans la lutte contre le sida. D'abord exclusivement focalisée sur le virus, son origine (africaine), la diversité des types de virus, la recherche scientifique évolue ensuite de la virologie (le virus) vers la santé publique (le traitement des patients malades). Cette évolution des priorités de recherche a été retracée à travers l'histoire du partenariat biomédical entre le gouvernement du Botswana et l'école de santé publique de Harvard, établi en 1996 en vue d'effectuer des recherches virologiques sur le VIH 1-C. La généalogie retracée depuis le début des années 1980 avec les travaux effectués par le HSPH sur le HTLV puis le VIH aux États-Unis puis en Afrique a permis de montrer que les priorités scientifiques internationales ont progressivement coïncidé avec les priorités nationales de santé publique.

L'étape de la construction du laboratoire constitue un tournant à plusieurs égards : définie comme un préalable à l'accès aux antirétroviraux par les acteurs biomédicaux et pharmaceutiques, elle permet la mise en conformité avec les standards internationaux. La présence d'un laboratoire a également été l'objet de négociations fructueuses entre les partenaires à l'issue desquelles le gouvernement botswanais a imposé ses priorités de santé publique : les médicaments.

L'évolution du contexte international en faveur de l'accès aux médicaments et les débats sur le respect de l'éthique biomédicale dans le cadre des essais cliniques jouent également un rôle crucial à chacune des étapes de la collaboration biomédicale qui conduit aux traitements. Le regard rétrospectif sur l'école de santé publique de Boston a été l'occasion d'une histoire croisée avec le Sénégal, pour mettre en évidence le rôle politique que les acteurs biomédicaux ont joué en faveur de l'accès aux médicaments. L'articulation entre le « savoir » et le « pouvoir » a permis la concrétisation de cette biopolitique nationale du traitement antirétroviral : les « excellents résultats des patients africains » équivalant à autant d'individus traités qui pourraient revenir au travail, couteraient moins au système de santé, mettraient au monde des enfants sains.

Cependant, dans un site attractif comme la capitale botswanaise, la multiplication du nombre de projets de recherche clinique et en sciences sociales sur le sida et la diversification des opportunités de formation médicale et scientifique pour les jeunes professionnels du Nord suscitent des inquiétudes et des réticences parmi de nombreux acteurs botswanais et experts étrangers. Cette configuration est en effet en plusieurs points analogue aux formes prises historiquement par la recherche médicale sur le continent africain : conduite autour de sites ou plateformes de recherche, combinant recherche médicale et intervention de santé publique, ces activités ont été marquées par les bénéfices scientifiques, économiques et politiques enregistrés pour le compte des métropoles (Tilley 2011) : les données prélevées en Afrique (sur le plan biomédical et en sciences sociales) avaient permis des innovations scientifiques et thérapeutiques fondamentales dans les métropoles. La

valeur de la recherche, c'est-à-dire sa contribution pratique et théorique au champ de la santé et du développement économique demeure l'objet d'inquiétudes et de revendications par les acteurs locaux.

Enfin, au Botswana, l'ancrage de la recherche biomédicale au cœur du dispositif de soin et d'accès aux médicaments a donné lieu à une analyse en termes d'attractivité. Après avoir souligné les caractéristiques de l'intervention biomédicale contemporaine, marquée par la commodité et l'accessibilité, son insertion au cœur d'un projet national de développement donne un contrepoint à une lecture unique en termes d'expérimentation. La régulation institutionnelle, l'implication des acteurs et les projets de développement économique appellait une interprétation en termes d'économie politique. En effet, pour mieux comprendre le mode d'insertion des pays africains ou leur « extraversion » j'ai proposé une lecture en fonction de l'attractivité afin de réinscrire la configuration de l'accès aux médicaments dans l'évolution de la structuration de l'économie politique (économie d'extraction) et un imaginaire véhiculé par les acteurs privés sur le continent africain. Après avoir étudié, au terme d'une démarche constructiviste, la mise à disposition et la mise en conformité de l'État botswanais à une intervention sur le sida marquée par des intérêts scientifiques, politiques et symboliques, il faut désormais chercher à comprendre comment les médicaments structurent et s'agencent au monde social (Fassin 2005, 36). Cela sera possible au terme d'une analyse ethnographique de la façon dont les médicaments sont délivrés en pratique, au quotidien, à l'hôpital Princess Marina.

TROISIEME PARTIE : MEDICAMENTS ET CITOYENNETE

« Prevention of HIV/AIDS: Your passport to a longer life.
Always check the emigration history of every entry into your body»²⁹⁸.

Aéroport de Maun, jeudi 3 mai 2007.

Cette phrase était inscrite au dessus de l'image d'un passeport botswanais, sur une affiche du Département de l'Immigration (ministère des Affaires intérieures et du travail) et placardée derrière l'officier qui a vérifié mes papiers, après le contrôle des bagages et de la carte d'embarquement à l'aéroport de Maun le 3 mai 2007. Maun est une petite ville au Nord du pays à l'orée du delta de l'Okavango, d'où chaque jour des pilotes sud-africains embarquent des dizaines de touristes blancs vers les luxueux *lodges* des parcs de l'Okavango où ils seront servis par un personnel botswanais noir. Dans cette ville, la population botswanaise travaille majoritairement dans le tourisme, les hôtels, bars et sociétés organisatrices de safaris et côtoie les gérants des lodges et pilotes sud-africains et les touristes occidentaux. L'affiche interpelle les citoyens botswanais pour les enjoindre à la prudence dans leurs interactions avec des étrangers. Cette vigilance envers l'entrée dans le corps des citoyens botswanais désigne clairement les relations sexuelles.

L'injonction formulée sur l'affiche dont on prend connaissance au moment du contrôle des passeports rappelle que l'épidémie de sida a eu d'importantes implications dans le rapport aux étrangers, comme l'a montré le discours sur un « sida africain » dans les années 1980 en France (Fassin 1999b), un exemple parmi d'autres. De tous temps, les épidémies ont confronté les sociétés à leur rapport à l'Autre, l'étranger (Bourdelaïs 1989). Le sida ne fit pas exception, ni en Europe, ni en Afrique. L'épidémie fut pensée comme envahissant le pays de l'extérieur, ce qui raviva la question de l'extranéité, des frontières et de l'exclusion. Egaleme nt, lorsque l'épidémie fut l'objet de politiques et ses que malades étaient pris en charge, le traitement contribua à redéfinir les contours de la communauté qui en bénéficiait (inclusion) et ceux qui en étaient exclus. Du reste, comme l'a montré Emily Martin (1990) dans son anthropologie de l'immunologie, les images populaires et l'imaginaire pour décrire le système immunitaire mettent en scène le corps comme un État Nation en état de

²⁹⁸ J'ai préféré maintenir l'anglais original de ce slogan difficile à traduire : "Prévention du VIH/sida: Votre Passeport pour une vie plus longue. Vérifiez toujours l'histoire de migration de chaque entrée dans votre corps".

vigilance à ses frontières ou en guerre face à un envahisseur étranger, une sémantique et une idéologie que le VIH/sida a contribué à maintenir, sinon renforcer. L'enjeu de cette partie est d'envisager les modalités de ce processus de redéfinition telles qu'elles agissent au quotidien, en particulier à l'hôpital et jusque dans l'élaboration des politiques de santé publique.

Le rapport aux étrangers est étroitement associé au développement de l'État botswanais et de son économie. La structure de cette économie ne repose pas uniquement sur l'exportation de bétail et l'extraction et l'exportation de diamants bruts. Une partie significative de la richesse nationale provient du développement d'un tourisme très sélectif, qui n'ouvre les portes de ses parcs majestueux qu'aux riches touristes occidentaux capables de payer plusieurs milliers de dollars pour quelques jours dans les *lodges* gérés par des sud-africains et employant des botswanais pauvres²⁹⁹. Dans le secteur du tourisme comme dans d'autres, de nombreux étrangers ont été appelés par les élites politiques pour contribuer au développement économique et étatique après l'indépendance. Cependant, face aux difficultés économiques et politiques croissantes dans certains de ces secteurs dans les années 1990, la contribution des étrangers a été soumise à des réévaluations épisodiques. Mais, au tournant des années 2000, face aux ravages de l'épidémie de sida, le gouvernement a à nouveau fait appel à des experts internationaux pour mettre en œuvre l'action publique contre le virus et l'accès aux médicaments. Or ces politiques et les programmes de santé, en pratique, engendrent un resserrement des bénéficiaires autour des citoyens nationaux.

La façon dont le sida et plus particulièrement l'accès aux médicaments renforcent l'appartenance nationale a été peu documentée en Afrique, en dehors d'une mise en perspective de l'idéologie du médicament en Afrique du Sud avec un nationalisme sanitaire (Fassin 2007). En effet, les travaux menés sur les antirétroviraux en Afrique ont mobilisé la notion de citoyenneté pour montrer les luttes et mobilisations des malades pour l'obtention d'un droit au soin dans le cadre d'une « citoyenneté thérapeutique » (Nguyen 2005; Nguyen 2010). La « citoyenneté sanitaire » a été mobilisée pour désigner les transformations sociales et politiques en Afrique du Sud, où les activistes se sont positionnés dans la campagne d'accès aux médicaments, et afin de souligner la dimension des droits civils et politiques liée à la participation des personnes séropositives, exerçant de nouvelles formes de subjectivités politiques, d'identités genrées (Robins 2004, 65). Ces acceptions de la notion de citoyenneté soulignent le processus de revendication de droits sociaux et politiques dans le contexte d'États qui sont dans l'incapacité d'assurer leurs prérogatives et de fournir des services de santé et des services sociaux. Effectivement, ces usages font suite à la proposition théorique d'A. Petryna de l'émergence dans l'Ukraine de l'après Tchernobyl, d'une « demande massive, mais un accès sélectif à une forme de bien social basé sur des critères scientifiques, qui à la fois reconnaît le dommage et le compense » (2002).

²⁹⁹ Le tourisme est un secteur stratégique au Botswana, qui a connu une augmentation importante dans les années 1990 (les entrées touristiques ont doublé entre 1993 et 1998) qui s'est répercutée sur les recettes nationales. Le gouvernement applique une politique "High income, low impact" privilégiant les structures hôtelières de luxe afin de limiter la fréquentation et donc l'impact environnementale. Voir: Botswana National Ecotourism Strategy, 2002, http://www.botswanatourism.co.bw/assests/national_ecotourism_stratregy.pdf (1/9/2012).

La proposition théorique de ce chapitre consiste à revenir aux fondements de la notion de citoyenneté en particulier en tant qu'elle scelle l'appartenance à une communauté politique sur une base nationale, et en tant qu'elle est associée à l'exercice et la jouissance de droits sociaux, dont l'accès aux soins. La citoyenneté constitue le fil directeur de cette dernière partie, à la fois comme construction historique et comme réalité pratique. Historiquement, la notion de citoyenneté caractérise en effet l'appartenance à la communauté politique, selon le principe d'organisation sociale qui prévaut depuis l'avènement de l'État-nation moderne (Bendix 1969). La citoyenneté a été théorisée en lien avec les droits civils et politiques, la participation politique (Diamond, Linz, et Lipset 1988). D'autres théoriciens ont envisagé les modalités de délimitation des communautés nationales par le biais de lois de citoyenneté, d'immigration et de naturalisation selon le modèle inclusif du *jus soli* (France, États-Unis) ou le modèle exclusif du *jus sanguini* (Allemagne) (Brubaker 1992). Ces éléments de construction historique de ce qu'est la citoyenneté sont remis en question et actualisés par la politique de santé publique au Botswana, qu'il s'agisse de la définition des bénéficiaires de la politique de soin ou du sens donné à la politique de santé publique. A cet égard, il convient de situer la réflexion dans le cadre de ce qu'est une « communauté nationale ». Je retiens la définition donnée par Benedikt Anderson dans son essai sur l'« imaginaire national » (traduction française de *Imagined communities*) : « Dans un esprit anthropologique, je proposerai donc la définition suivante; une communauté politique imaginaire, et imaginée comme intrinsèquement limitée et souveraine »³⁰⁰ (1996, 19).

Pour envisager la citoyenneté comme une pratique il est utile de rappeler que le sociologue britannique T. H. Marshall (1950) a retracé l'évolution d'une citoyenneté légale basée sur les droits civils et politiques pour proposer de l'étendre à la « citoyenneté sociale » du 20^e siècle comprenant un ensemble de droits sociaux dans le cadre de l'État providence. L'étude des pratiques de soins à l'hôpital éclaire précisément les modalités de réaffirmation de l'appartenance à la communauté ou au contraire d'exclusion (les migrants). La citoyenneté en tant que pratique permet également d'en penser les inégalités sociales et les enjeux de pouvoir notamment autour du genre et du rôle des femmes.

L'accès aux médicaments met en jeu l'appartenance à la communauté politique dans deux de ses principales acceptions : à la fois comme un processus continu de définition de la – de sa – population c'est-à-dire de la communauté morale et nationale qui est prise en charge et en raison du fait que cette communauté bénéficie de droits et qui en pratique, possède un « statut » et un rôle social (femme, enfant, soignant, etc). « Prendre soin de sa population » indique ici la décision d'allouer des ressources matérielles, économiques, symboliques afin de favoriser l'accès aux médicaments qui relève d'une politique définissant les contours de la population qui bénéficie de droits sociaux : c'est la

³⁰⁰ B. Anderson précise ainsi les éléments de cette définition : « la nation est imaginée comme limitée car même la plus grande d'entre elles, a des frontières finies, même si elles sont élastiques, derrière lesquelles vivent d'autres nations » (p. 20). Elle est imaginée comme souveraine parce que le concept est apparu à l'époque où les Lumières et la Révolution détruisaient la légitimité d'un royaume dynastique hiérarchisé et d'ordonnance divine. Enfin, elle est imaginée comme une communauté parce que, indépendamment des inégalités et de l'exploitation qui peuvent y régner, la nation est toujours conçue comme une camaraderie profonde, horizontale (p. 21).

citoyenneté sociale (l'État providence, protecteur) qui est interrogée. Les critères d'attribution de la citoyenneté (qui est un citoyen botswanais ?) seront donc envisagés dans le contexte d'importantes transformations de l'appartenance ces dernières décennies sur le continent africain. Comment, avec l'accès aux antirétroviraux pour les malades du sida se redéfinit la communauté dont on « prend soin », qui bénéficie de droits ?

Ainsi, dans cette partie les questions suivantes guideront la réflexion : Comment les médicaments remodelent-ils ce qu'est la citoyenneté au Botswana et en particulier l'appartenance à une communauté ? (chapitre 6) Quels sont les rapports sociaux de genre et les dynamiques d'exclusion qui sont à l'œuvre au cœur de la prise en charge des femmes (chapitre 7) ? Quels sont les enjeux pour l'imaginaire national d'un programme d'accès aux médicaments destiné uniquement aux citoyens et qui a massivement recours aux experts étrangers ? (chapitre 8).

Chapitre 6 - L'accès aux antirétroviraux à l'hôpital Princess Marina de Gaborone

Après s'être présentés à l'accueil à l'ouverture du centre, à 7h30, les patients obtiennent un numéro de passage puis s'installent un par un dans la salle d'attente. Lorsque la plupart des patients sont assis, commence un moment de communion entre les infirmières, le personnel administratif et les patients : prières, chants, puis éducation thérapeutique. Chaque professionnel regagne alors son poste. Les infirmières ont déjà placé une table face à la salle d'attente, sur laquelle elles ont étendu un drap blanc de l'hôpital et posé la pile des premiers dossiers ainsi que le tensiomètre électronique et une balance est glissée sous la table, et s'apprêtent à recevoir chaque patient pour la prise de la tension et le relevé du poids. Ensuite, les patients se voient confier leur dossier (jusqu'à l'entrevue avec le médecin) et se présentent à Betty ou à Segametse, assistantes administratives qui les enregistrent un par un dans la liste informatisée des rendez vous du jour. Pour ceux qui sont déjà inscrits, Betty précise : « J'utilise le numéro de la carte d'identité (*ID number*) car il est déjà dans le système donc quand j'entre le numéro, tout apparaît » : les informations biographiques, les visites médicales, les derniers résultats d'analyse des CD4 et de la charge virale. Betty pose quelques questions pour compléter le fichier si elle se rend compte que des informations font défaut, le numéro de téléphone du « partenaire d'observance » par exemple. Dans un classeur à côté de l'ordinateur sont consignées les dates de rendez vous des patients qui viennent pour la première fois, jamais plus de dix. Sur cette feuille sont déjà inscrits le numéro d'identité, le sexe, la clinique, le service ou l'étude clinique qui les envoie et leurs initiales. Pour ceux-là, l'assistante se charge d'ouvrir un dossier, elle y inscrit le numéro du patient dans le centre (plus de 17000 au moment où je conduis l'enquête), y agrafe une « feuille d'observance »³⁰¹. La quatrième personne venant au centre ce jour là pour être inscrite dans le programme de traitement n'a pas sa carte d'identité, elle présente son passeport. Sur sa carte médicale est indiqué « infection VIH diagnostiquée récemment, CD4 : 68 ». Betty lui explique en setswana qu'elle a besoin de sa carte d'identité. L'homme un peu âgé montre une photocopie

³⁰¹ Cette feuille est remplie par les infirmières à l'issue de la séance de « counselling » d'initiation pour permettre que le patient se voie prescrire les médicaments lors d'un prochain rendez-vous.

éliminée de sa carte d'identité. Cela ne peut convenir à Betty qui lui propose un autre rendez-vous afin qu'il puisse revenir avec sa carte d'identité. Elle m'explique : « ce monsieur fait des problèmes car il ne veut pas comprendre que si le patient n'apporte pas sa carte d'identité³⁰², il n'y a rien que l'on puisse faire pour lui ». Je demande à la jeune assistante si le passeport ne suffit pas, elle est catégorique : « non »³⁰³. Le passeport atteste de la nationalité botswanaise mais c'est la carte d'identité (qui se dit *omang* en setswana, un mot qui signifie « qui es-tu ? » et qui peut se réduire par « identification ») qui atteste d'une résidence permanente et garantit l'exercice des droits pour le citoyen. Cela va probablement entraîner quelques délais dans le début de la thérapie de ce patient mais en aucun cas il ne sera empêché d'y accéder. En tant que citoyen botswanais, après avoir retrouvé ou mis à jour ses papiers³⁰⁴, il y a droit.

En Côte d'Ivoire (Nguyen 2005) ou en Ouganda (Whyte et al. 2006) l'accès aux antirétroviraux au début des années 2000 nécessitait la mobilisation de relations sociales par l'appartenance à des réseaux activistes transnationaux, des relations avec des responsables hauts placés ou des ressources suffisantes pour acheter les médicaments dans le secteur privé, etc. Des formes de triage social et économique s'imposaient de fait, car l'accès aux antirétroviraux était soumis à la participation financière des patients, comme dans le cas de l'initiative sénégalaise au tout début des années 2000 (Mbodj 2009). Outre la sélection d'accès basée sur les ressources, le témoignage et les pratiques confessionnelles ont garanti l'accès aux médicaments à ceux qui exposaient leur expérience avec la maladie (Nguyen et al. 2007; Mbodj 2009). Lorsque les antirétroviraux ont commencé à être disponibles en Côte d'Ivoire par poches de projets pilotes, les médecins ont institué eux mêmes une forme d'identification des patients qui est devenue en soi un symbole de leur citoyenneté, une citoyenneté « dérivée » qui n'était pas garantie par l'État mais par les programmes pilotes d'accès aux ARV (Nguyen, 2010 :112). Dans de nombreux pays africains, l'assurance médicale est inexistante et, du fait de la situation politique et économique délabrée, la citoyenneté ne confère pas un accès automatique aux soins.

Au Botswana, la seule présentation de la carte d'identité suffit pour l'inscription dans un programme de soins entièrement gratuit³⁰⁵ pour les personnes séropositives et exclusivement réservé aux citoyens. L'étude des pratiques de soins, et des efforts des soignants pour produire l'observance des patients, pour les amener dans le « droit chemin » montre que les antirétroviraux participent à un processus de redéfinition de la communauté nationale et de la communauté morale : « Par communauté morale, on entend l'ensemble des personnes, concrètes ou virtuelles, avec lesquelles on imagine partager une même condition humaine ». Avant de présenter les modalités de la prise en

³⁰² Le Botswana a été le premier État de la SADC à faire évoluer son système de cartes d'identité à un système d'identification AFIS (Automatic Fingerprint Identification System) dès 1999.

³⁰³ Observations, Centre ARV, 14/2/2007.

³⁰⁴ Le gouvernement a récemment augmenté considérablement le coût du renouvellement de la carte d'identité qui expire tous les dix ans. Ce montant a augmenté de 5 pulas (moins de un euro) à 110 pulas (plus de 15 euros) en 2010.

³⁰⁵ Les soins sont entièrement gratuits, la consultation, les médicaments, les analyses de laboratoire, CD4 et charge virale ainsi que les autres tests (tests de résistance) ou médicaments qui peuvent être prescrits.

charge des patients séropositifs dans le programme et la façon dont est réaffirmée l'appartenance des citoyens à une communauté nationale et morale, une présentation plus précise du site d'enquête s'impose. Cette description permet de réinscrire le site dans la géographie de la capitale, dans les collaborations biomédicales étudiées précédemment et surtout, dans l'histoire de la santé publique et de la construction de l'État proposée dans la première partie.

Encadré 4. La thérapie antirétrovirale

Dépistage et initiation au traitement

En cas de dépistage au VIH positif, un test de CD4 est effectué. En 2006 le seuil recommandé pour commencer un traitement antirétroviral était la présence d'une maladie clinique avancée et/ou une numération des CD4 inférieure ou égale à 200 cellules/mm³. Etant donné les avancées sur les risques d'un traitement tardif et les bénéfices d'un traitement commencé tôt, ces recommandations ont été révisées par l'OMS en novembre 2009 afin de relever ce seuil à 350 cellules/mm³ et quelque soient les symptômes³⁰⁶. Le ministère de la santé botswanais a adopté ces nouvelles recommandations, qui sont effectives depuis avril 2012.

Protocole et surveillance

Au cours de mon enquête de terrain (2007-2008), les protocoles prescrits aux patients étaient les suivants :

En première intention: 2 INTI Combivir (Zidovudine et Lamivudine) et un INNTI Efavirenz (pour hommes et femmes après âge de procréer après ménopause) et Nevirapine (pour femmes en âge de procréer)



En deuxième ligne : 2 INTI Didanosine et Stavudine (jusu'en 2008)³⁰⁷ et un Inhibiteur de protéase (IP) : Nelfinavir (jusqu'en 2007) puis Lopinavir/Ritonavir (Kaletra)



En troisième ligne ; Darunavir (DAR) et Saquinavir (SQV) comme Inhibiteurs de Protéase

La plupart des médicaments sont à prendre pendant les repas, en plusieurs prises quotidiennes.

Consultations médicales

Les patients qui commencent le traitement sont vus 15 jours pour un bilan sanguin puis tous mois puis tous les trois mois (consultation, prise de sang pour mesurer les CD4 et la charge virale) ou tous les six mois lorsque les CD4 sont supérieures à 500 et que la charge virale est indétectable. En fonction de la consultation et des résultats d'analyse et des médicaments, le médecin peut prescrire des analyses de surveillance du foie ou des reins.

³⁰⁶ « Nouvelles recommandations de l'OMS: Traitement antirétroviral de l'adulte et de l'adolescent » http://www.who.int/hiv/pub/arv/art_key_mess_fr.pdf consulté le 7/6/2012.

³⁰⁷ Depuis 2009, en raison d'effets secondaires sur le long terme, l'OMS recommande l'abandon progressif de la prescription de ce médicament pour les adultes et adolescents et une plus faible posologie lorsqu'il est administré aux enfants. Voir <http://utw.msfaaccess.org/drugs>

Section 1. L'hôpital Princess Marina: symbole de l'indépendance nationale, ravagé par le sida

Emblème de l'indépendance du pays, institution à l'avant-garde des soins biomédicaux, le nom de l'hôpital Princess Marina ou « PMH » dans le langage des soignants, est l'objet de représentations et de discours ambivalents évoquant à la fois la guérison, la vie et naturellement, la maladie et la mort. Je n'entends pas étudier le type d'investissement symbolique dont l'hôpital fait l'objet pour ses usagers, mais en faire la description en tant que site principal de l'étude, et livrer au préalable quelques éléments concernant son histoire.

Situation géographique et organisation de l'hôpital

L'hôpital Princess Marina occupe une place géographique centrale dans l'organisation urbaine de la capitale. Il s'étend le long de l'artère principale de la ville, qui sépare les bâtiments datant de la fondation de la ville en 1965 : l'Université du Botswana et le *Main Mall* qui conduit à l'enclave gouvernementale où sont situés l'ensemble des ministères et des services publics (eau, électricité, télécommunications). Ce trajet peut être effectué en quelques minutes en voiture ou en bus (*combi*), 15 minutes à pied suffisent.

Une entrée principale pour les piétons et les véhicules aboutit directement sur un parking bien organisé et surveillé. Les principaux responsables administratifs et chefs de service ont une place réservée à l'ombre. Au fond du parking, trois ou quatre cabanes peintes en bleu où sont vendus boissons, nourriture, nécessaire de toilette pour les familles qui visitent leur proche ; les soignants y font aussi leur pause. L'entrée ouvre sur le bâtiment de l'administration « *admin* » à gauche et après avoir traversé quelques rangées de voiture on parvient aux Urgences en passant par un guichet où peuvent être acquittées les dépenses exigées : le paiement d'une consultation pour les botswanais (5 pulas, soit environ un euro, 2 pulas pour les frais d'admission), le paiement de tous les frais pour les non-citoyens (en plus des frais de consultation, les étrangers paient 80 pulas pour les frais d'admission, à savoir environ douze euros la journée d'hospitalisation). Devant les Urgences, des ambulances neuves attendent le patient dont elles ont la charge, patient référé par un hôpital de district parfois très éloigné. Une fois ce patient pris en charge, accompagné par un infirmier, l'ambulancier pourra repartir. Parfois, stationne également un véhicule des services d'urgence (Medical Rescue International).

En s'engageant vers l'hôpital, trois principales allées extérieures (mais abritées du soleil et de la pluie) desservent l'ensemble des autres services. La première à la sortie des urgences conduit vers la *Medical clinic* pour les consultations en médecine interne (dirigée Dr Brewu à la suite du Dr Howard Moffat) et les consultations prénatales (*Maternal Child Health*) et au service d'oncologie. Une allée à gauche conduit à la radiologie, au service de gynécologie, au *Male medical ward* et *female medical ward*, puis l'ophtalmologie, les cuisines et le linge, la pédiatrie, ophtalmologie. Au bout de l'allée, un bâtiment séparé abrite les services dentaires.

La traversée de l'hôpital procure au visiteur l'impression d'un ensemble ordonnancé. Les allées sont ombragées et fléchées et les bâtiments à un étage quelque peu vétustes sont bien entretenus, balayés, nettoyés. Dès lors que l'on marche en direction des périphéries de l'hôpital, on découvre des bâtiments de trois à cinq étages, flambant neufs, construits par et pour les partenariats biomédicaux qui soutiennent le système de santé aujourd'hui face au VIH/sida. À mesure que l'on s'éloigne du cœur de l'hôpital, on peut observer les concrétisations architecturales de ces interventions internationales récentes, à commencer par le laboratoire d'excellence abritant le Botswana-Harvard Partnership (BHP) et le laboratoire de référence national tous deux inaugurés en juin 2001, situés sur une périphérie de l'hôpital, dans un immeuble doté d'une entrée séparée pour les voitures. À l'opposé, le centre d'excellence Baylor pour les enfants séropositifs établi en collaboration avec l'université texane Baylor et le programme Secure the Future du laboratoire pharmaceutique BMS a été ouvert en juin 2003.

À l'extrême opposé de l'entrée principale de l'hôpital, et proche de la seconde entrée, annexe et équipée d'un parking plus petit, le centre ARV (ou IDCC, Infectious Disease Care Clinic) où j'ai conduit mon enquête, est hébergé dans des bâtiments préfabriqués. Il est entouré d'autres cabines préfabriquées, à l'écart des allées piétonnes, qui abritent des études cliniques menées par BHP.

Éléments d'histoire de l'hôpital

Les sources écrites pour décrire l'histoire de l'hôpital font cruellement défaut. Très peu d'informations ont pu être collectées aux Archives Nationales (BNA) où dans le centre de documentation de l'hôpital où seuls quelques rapports annuels de l'hôpital Princess Marina renseignent sur son histoire récente. L'hôpital ne propose pas de service d'archive, seulement un centre documentaire doté de quelques publications médicales, de manuels de médecine datés, des magazines et quelques titres de presse³⁰⁸. Les acteurs qui pourraient avoir bonne mémoire institutionnelle, en dehors d'Howard Moffat, n'ont pas pu être interrogés³⁰⁹. Il n'existe aucune monographie hospitalière ni d'histoire des missions médicales. Je n'ai pas non plus trouvé de ressources intéressantes au centre de documentation de l'Institut National des sciences de santé (NIH) ni auprès du ministère de la santé dont les archives ne sont pas accessibles depuis le déménagement en 2004 dans un nouveau bâtiment. Mis à part la thèse de Musinghe (1984), les travaux de Molefi (1996) et Fako, l'histoire de la santé publique et de la médecine au Botswana reste à écrire.

L'histoire de l'hôpital se confond avec celle de la construction de la ville. Ce n'est qu'en 1965

³⁰⁸ Les autorités politiques n'ont pas effectué d'effort pour collecter et exploiter des ressources, dont certaines ont pu être perdues. Dans son autobiographie, A. Merriweather raconte que dans le déménagement de Molepolole à sa maison dans le quartier du Village un des camions s'est égaré, celui qui contenait un carnet dans lequel il avait consigné ses activités et une histoire de la LMS, une perte considérable pour les chercheurs aujourd'hui, qui rejoint le problème plus général pour synthétiser l'histoire des missions médicales et des hôpitaux au Botswana. Cette perte est donc immense surtout compte tenu de son aisance pour le récit (quasi ethnographique), il précise d'ailleurs qu'il s'agissait d'« un journal des activités de l'hôpital et de l'église écrit au fil des années (...) Dans ce journal j'avais écrit une histoire de la Mission LMS à Molepolole jusqu'à sa reprise par la United Free Church of Scotland ainsi qu'un journal des événements quotidiens depuis 1952 » (Merriweather 1999, 199).

³⁰⁹ Notamment des médecins comme Dr Maganu qui résident à l'étranger, travaillent pour l'OMS, ou Dr Seligman qui n'ont pu être rencontrés.

que Gaborone fut choisie comme capitale du Bechuanaland à la veille de l'indépendance. La capitale du protectorat britannique était jusqu'alors Mafeking, à quelques dizaines de kilomètres de l'autre côté de la frontière actuelle, en Afrique du Sud. Plus que ses infrastructures, quasi inexistantes en dehors de quelques bâtiments pour l'administration coloniale, c'est sa situation stratégique, sur la rivière Ngotwane, entre les montagnes de Kgale et Otse, à proximité d'une source d'eau et du chemin de fer qui ont présidé à ce choix ainsi que sa localisation à seulement 15km de la frontière sud-africaine.

L'hôpital est l'un des symboles de l'indépendance. Il a été inauguré le 29 septembre 1966 par la princesse Marina, duchesse du Kent qui représentait la reine d'Angleterre lors des cérémonies de rétrocession du Protectorat du Bechuanaland au Botswana indépendant. L'hôpital resta fermé quelques mois et ne commença à accueillir des patients qu'en mai 1967³¹⁰ à partir de services généraux de consultation externe (*out-patient*), d'hospitalisation (*in-patient*) et de radio. Entre 1968 et 1984, le bâtiment a connu une expansion importante avec l'ouverture de nouveaux services : *Medical Ward* (homme et femme), chirurgie (*male surgical ward*) et un service pédiatrique. Le premier directeur de l'hôpital, Ian Kennedy, était un médecin qui exerçait au Bamalete Lutheran Hospital (BLH) de Ramotswa et était réputé pour ses tentatives d'organisation et de rassemblement du personnel médical au sein de la Botswana Medical Association (BMA).

Les années 1970 furent marquées par une forte augmentation de l'activité de l'hôpital. Des négociations avec les autorités sanitaires pour la réalisation de travaux d'agrandissement et d'amélioration (*upgrading*) s'engagèrent sous l'impulsion de deux de ses illustres directeurs: le Rev. Dr Alfred Merriweather (1981-1989) puis le Dr Howard Moffat (1989 à 2002). Ces deux médecins furent fortement impliqués dans le développement du système de santé publique : construction de services cliniques, soins de santé primaire, administration hospitalière, implication au sein de l'association des missions médicales au Botswana. Ces deux médecins ont par ailleurs eu un rôle bien spécifique en tant que médecins personnels du président de la République, ce qui atteste de l'extrême confiance accordée par le pouvoir dans leurs compétences et, par extension, de la légitimité de leur action médicale et de santé publique.

Dans la ville de Gaborone, le développement des services de soin ne fut pas historiquement associé au travail médical des missions chrétiennes, contrairement à d'autres régions proches dans lesquelles les missions se sont implantées et ont développé des services de santé qui évoluèrent vers de véritables hôpitaux, surtout à partir des années 1920 et 1930. L'hôpital Scottish Livingstone à Molepolole en est l'illustration car il fut étroitement associé à l'implication de la London Missionary Society (LMS) et de la United Free Church of Scotland (UFCS) et des deux missionnaires Rev. Sheperd et Merriweather succédant aux missionnaires pionniers Robert Moffat et David Livingstone.

À Gaborone, l'hôpital Princess Marina a participé à l'édification d'un système de santé

³¹⁰ L'hôpital était alors doté des départements suivants : « out-patient » (consultations), pharmacie, dispensaire, département de radiologie, chirurgie, un service d'hospitalisation avec deux sections homme et femme. Les services de maternité et pour la tuberculose sont au sein du « centre de santé » jusqu'au 1er décembre 1968. Voir : PMH, Upgrading report (1985).

moderne. L'hôpital Princess Marina devint l'avant-garde de ce que l'État indépendant pouvait offrir à ses citoyens en termes de soins. Hôpital tertiaire, PMH demeura longtemps le seul hôpital de référence avant que l'hôpital de Francistown, la seconde ville du pays au Nord (non loin de la frontière avec le Zimbabwe et la Zambie) n'acquière ce statut dans les années 1980. Princess Marina ne se développa pas sur le modèle des hôpitaux de missions mais fut d'emblée assigné à la tâche d'un développement biomédical. L'hôpital fut construit comme une organisation bureaucratique veillant à l'administration des services de soin, reposant sur la hiérarchisation des tâches et la fonction publique, contribuant à la formation des soignants (école d'infirmière à l'Institut National des sciences de santé attaché à l'hôpital), etc. Le lien affectif qui unissait les missionnaires et leur population à travers leurs services hospitaliers n'y avait pas sa place.

Les mémoires de A. Merriweather témoignent d'un arrachement, lorsqu'il quitta son hôpital de Molepolole pour diriger l'hôpital Princess Marina en 1981. L'état général de l'hôpital était jugé très préoccupant par les autorités nationales notamment en raison de tensions entre médecins et infirmières, de la dégradation des relations de travail et de critiques formulées par les usagers. Il raconta cette expérience assez laconiquement dans son autobiographie :

J'ai trouvé Princess Marina assez déprimant; constamment débordé et chacun semblant ne s'occuper que de ses affaires! Personne ne savait ce que faisait l'autre et il y avait peu de coopération entre les départements. Comme dans tous les hôpitaux de gouvernement, la matrone était l'autorité et le pouvoir principal et à moins d'obtenir sa confiance, bien peu pouvait être accompli (1999: 213).

L'hôpital était différent, bien plus grand que l'hôpital Scottish Livingstone et bien plus difficile à administrer. À Molepolole j'avais toujours effectué ma part de travail clinique et toutes mes gardes de nuit tandis qu'à Gaborone j'étais dans l'administration la plupart du temps (idem).

En raison d'une augmentation rapide des demandes de soin et donc de son activité dans la première décennie, l'hôpital connu deux crises majeures. La première, au tout début des années 1980 était une crise organisationnelle, qui concernait les relations entre les soignants (médecins et infirmières, encadrement) telles que décrits ci-dessus. Dr. Alfred Merriweather indique avoir patiemment engagé des consultations qui ont permis une amélioration des relations entre le personnel soignant. La deuxième crise majeure que connut l'hôpital fut épidémiologique, liée à l'épidémie de sida, dont les conséquences se font sentir au moment même où la grande politique d'investissement public s'achève avec des travaux de très grande ampleur qui ont duré de mai 1989 à octobre 1995 et ont fortement perturbé le fonctionnement quotidien de ses services.

L'hôpital Princess Marina face à l'épidémie de sida

En quelques années, en particulier à partir du milieu de la décennie 1990, les conséquences de l'épidémie de VIH/sida se font ressentir à tous les niveaux de l'hôpital. Largement responsable d'une déliquescence des services à la fin des années 1990, mêlant impuissance thérapeutique, dégradation des conditions de travail et *burn out* professionnel, le sida transforma radicalement le paysage du soin dans l'hôpital. Dans le rapport annuel de l'hôpital Princess Marina pour l'année 1985 six cas de sida sont reportés et trois cas pour 1986. En ce qui concerne le département de médecine, Dr Howard Moffat qui dirigeait ce service relatait ainsi la situation à l'hôpital:

Durant cette année, le développement le plus significatif et le plus alarmant, si l'on considère son potentiel dévastateur, est l'apparition, sur la scène locale, pour la première fois, du SIDA. La première admission d'un cas de sida à l'hôpital s'est produite tôt dans l'année et le premier décès lié au sida est intervenu auprès d'un autre patient à la fin de l'année. La confrontation avec le sida s'est révélée psychologiquement traumatisante pour de nombreux membres du personnel qui ont fait l'expérience d'une véritable panique malgré des efforts pour replacer la maladie dans sa perspective concernant ses dangers et les risques d'infection. Cependant, la plupart du personnel a été capable de se reprendre et de s'adapter à cette nouvelle maladie effrayante et les réserves initiales sur le fait de ne pas traiter ces patients comme les autres ont pu être levées. Bien que le SIDA n'ait pas atteint les proportions d'une maladie majeure en nombre de personnes affectées dans ce pays, les services de santé vont clairement avoir besoin de prévoir des moyens pour traiter et procurer des soins infirmiers à un nombre de souffrants qui va progressivement augmenter. (Princess Marina Hospital annual report 1986, p. 7).

Conscients des réactions de peur, les médecins comme le Dr Moffat tentent de considérer l'enjeu médical et éthique que le VIH est en train d'imposer au système de santé, aux patients et aux médecins : comment prendre soin des malades dans des conditions d'incertitudes et en l'absence de traitements ?

Alors que les taux d'occupation des lits étaient en baisse de 1988 à 1991, cette tendance s'inversa à partir de 1991 et tous les indicateurs de l'activité hospitalière furent à nouveau en hausse. Les statistiques des services de santé montraient que le sida comptait pour 2,8% des patients hospitalisés en 1991 puis 7,9% en 1993. Des statistiques émanant des deux hôpitaux de référence à Gaborone et Francistown affirmèrent qu'au milieu des années 1990, plus de 50% des lits dans les services de médecine interne et pédiatrique étaient occupés par des patients dont la condition était liée au VIH. Pour l'hôpital Princess Marina, de janvier 1995 à juin 1996, en un an et demi, près de 640 patients avec des maladies liées au VIH avaient été hospitalisés et 33% de ces patients étaient morts durant cette période. Les autorités nationales commençaient aussi à mesurer l'impact sur les services pédiatriques ainsi que l'incidence de la tuberculose sur les personnes infectées par le VIH. Le programme national de contrôle de la tuberculose estimait que le VIH annulait les efforts réalisés depuis les années 1980 avec une augmentation rapide des cas de tuberculose notifiés depuis 1990³¹¹. La plupart de ces statistiques n'ont été publiées qu'entre 1997 et 2000. Au milieu des années 1990, l'hôpital Princess Marina est mobilisé par des travaux de rénovation et d'agrandissement. Jusqu'à la fin des années 1990 les autorités sanitaires prennent connaissance de la progression du VIH et de l'impuissance des soignants face aux malades et aux mourants. L'épidémie est en train de ravager les services de santé et de destabiliser l'ensemble de la société.

Description des sites d'étude

Le service des Urgences : l'accueil des patients et le triage

Je me suis rendue de janvier à avril 2007 au service des Urgences dès 7h du matin au moment où l'équipe de nuit effectue les transmissions à l'équipe de jour : deux médecins au minimum sont

³¹¹ Pour l'ensemble de ces informations, se reporter au Rapports annuels de l'hôpital PMH (1994 ; 1995) ; Botswana MTP II, 1997-2002, p. 23 ; Rapport sur l'impact démographique du sida de Abt Associates Inc., 2000, p. 25-28

présents pour la journée (de 7h à 13h ; puis suit l'équipe de 13h à 19h). Contrairement à l'organisation des soins hospitaliers reposant en Afrique du sud, à l'hôpital Baragwanagh de Soweto (Johannesburg), quasiment exclusivement sur les infirmières (Fassin 2008), l'accueil des patients au service des Urgences en dehors du triage à l'entrée (effectué par les infirmiers y compris les stagiaires) est une tâche qui incombe aux médecins.

Les patients sont répartis dans 10 différents box (sept sont généralement utilisés) séparés par des rideaux de tissu blanc. Ils peuvent également être emmenés en salle de réanimation (*resuscitation room*) lorsque leur condition le nécessite. J'ai suivi les soignants, en particulier les médecins (*shadowing*) du moment où ils prennent un dossier, voient le patient, établissent le diagnostic. Je me suis intéressée aux routines, au traitement du patient (ce qu'on lui fait, ce qu'on lui dit ou qu'on ne lui dit pas, etc.). Sans porter de blouse blanche, je me suis rendue disponible pour aider les soignants lorsque cela pouvait être utile (par exemple en posant du gel sur leurs gants stériles), en écoutant des explications pédagogiques, en discutant des cas qui se présentaient, en parlant de leur activité professionnelle et de leur vie quotidienne avec ces médecins qui sont majoritairement étrangers (80 à 85% des médecins exerçant à Princess Marina sont étrangers, originaires de Zambie, du Kenya, du Congo, etc.). J'ai ainsi eu accès aux contraintes organisationnelles, aux tensions entre médecins, etc.

Le service de Gynécologie : le traitement des corps

La démarche inductive m'a conduit à m'intéresser à la prise en charge des suites de fausses couches et d'avortement (voir chapitre 7). La présence aux Urgences m'a permis de constater l'énorme charge que représentent les suites des avortements et des fausses couches. Après le diagnostic expéditif fait aux Urgences, j'ai commencé à accompagner les patientes avec le/la brancardière en service de gynécologie où elles étaient toutes admises soit pour un curetage soit pour contrôle de la viabilité du fœtus. J'ai pu observer attentivement comment ces femmes étaient accueillies et voir comment se renégociaient les rapports sociaux de genre et de pouvoir autour de ces situations tendues, mettant souvent en scène des femmes migrantes (zimbabwéennes). J'ai plus particulièrement regardé le rapport au corps, l'utilisation des instruments, l'expression de la douleur, l'ensemble des interactions au moment du curetage. J'ai parlé avec les soignants qui m'ont laissée observer ces opérations et j'ai tenté – avec beaucoup plus de difficultés, de parler plus longuement avec ces femmes mais le contexte de leur prise en charge et de leur séjour à l'hôpital ne l'a presque jamais permis, il m'a fallu essayer de les rencontrer à l'extérieur.

Infectious Disease Care Clinic ou « centre ARV » : la relation soignant-soigné

Les observations au centre ARV furent certainement les plus confortables, en partie car ce service créé en 2002 voit défiler des chercheurs étrangers, des stagiaires, jeunes médecins états-uniens accompagnant des patients du service de médecine interne. Faire sa place parmi d'autres observateurs étrangers m'a posé des questions éthiques et méthodologiques (Chabrol 2008). Pour autant, j'ai observé tous les espaces et temporalités du centre ARV : accueil des patients, éducation thérapeutique, consultations, prélèvements sanguins, pharmacie. Des cliniciens états-uniens exercent

dans le cadre des « consultations spécialisées » du centre ARV : Dr Alma pour les cas d'échecs thérapeutiques « failure clinic », Dr Sachs pour les cas de coinfections et comorbidités, consultation appelée « TB and HIV clinic ou HIV and comorbidity clinic ». La grande majorité des patients qui n'ont pas d'affection particulière sont suivis dans le cadre d'une consultation (normale) avec les médecins internes botswanais. Le suivi des femmes enceintes du centre a été confié à un médecin embauché par le ministère de la santé. J'ai suivi attentivement à la fois l'accueil des patients, les séances de prière et d'éducation thérapeutique, et les relations médecin-patient dans le cadre de la consultation. C'est au sein de ce service que s'ouvre la section suivante.

Section 2. La réaffirmation des contours de la communauté

Un matin du mois de mars 2007 une détenue escortée par une surveillante se présente pour être enregistrée dans le centre ARV. Elle vient pour un « transfert » elle était auparavant prise en charge au sein de la prison. Betty, assistante administrative lui demande sa carte d'identité pour pouvoir valider son rendez-vous du jour. La dame se lève pour aller la chercher auprès de la gardienne de prison qui l'accompagne et est restée un peu en retrait. Elle fournit une copie certifiée conforme qui a l'air de convenir. Tout en l'inscrivant Betty discute avec la patiente des raisons de sa condamnation. Elle a obtenu 12.000 Pulas (environ 1700 euros) du fonds pour l'investissement des citoyens entrepreneurs (CEDA)³¹² alors qu'elle ne remplissait pas les critères. Lorsqu'on lui a demandé de rembourser elle ne l'a pas fait. Elle a gardé l'argent et a commencé à construire une maison qui l'attend à sa sortie, d'ici peu.

Episodiquement, des détenus sont escortés jusqu'au centre ARV (et, également dans l'ensemble des autres services de l'hôpital). Ils sont bien distingués des citoyens libres, ils portent un uniforme de couleur orange, une chaîne leur lie les chevilles et ils sont accompagnés d'un garde présent pendant la consultation³¹³. Cette vignette donne un aperçu de la façon dont les citoyens sont inclus dans une communauté politique qui leur octroie des droits. Pourquoi le gouvernement garantit-il l'accès gratuit aux médicaments pour les prisonniers tandis qu'il s'oppose par exemple à la distribution de préservatifs en prison³¹⁴ ?

L'hypothèse est que le processus de mise à disposition des médicaments a des implications politiques et morales, sociales et judiciaires qui concernent la définition de la communauté à laquelle cette politique s'adresse. Autour des pratiques de mise à disposition des médicaments (accueil, consultation médicale, *counselling*), les soignants réinterprètent les normes internationales (vie positive avec le virus, individualisation des comportements de prévention) afin de consolider les liens d'appartenance à la communauté – d'abord en tant que croyants, patients puis citoyens.

La mise en place de programmes nationaux d'accès aux antirétroviraux dans les années 2000 et en particulier le phénomène de « massification » de l'accès aux ARV (Nguyen 2010) ont été analysés

³¹² L'agence pour le développement de l'entrepreneuriat citoyen (Citizen Entrepreneurial Development Agency ou CEDA), a été établie en 2001 par le gouvernement du Botswana pour fournir une assistance technique et financière pour développer des entreprises viables détenues par des citoyens dans le cadre d'une politique de citizen empowerment. Voir <http://www.ceda.co.bw/index.php> (4/7/11).

³¹³ En prison, ce sont les gardiens qui délivrent les médicaments aux détenus, ce qui n'est pas sans poser des problèmes (confidentialité, suivi) que l'association BONELA a tenté d'exposer dans le cours de sa campagne sur les préservatifs en prison.

³¹⁴ Au moment de mon terrain en 2007 et des activités de bénévolat pour la revue BRELA, l'association BONELA commence à mettre en place une campagne pour la distribution de préservatifs en prison. Un séminaire est organisé avec des représentants où le dialogue s'avère impossible même pour envisager les enjeux de santé publique formulés par BONELA. Une réunion publique est aussi organisée à l'Université du Botswana en février 2007 où s'expriment les mêmes inquiétudes sur le fait de reconnaître une pratique illégale.

à la fois comme des dispositifs expérimentaux (Nguyen 2009) et comme des « bureaucraties » dans lesquelles priment l'enrôlement, le comptage et la surveillance des patients en raison de l'impératif d'observance des patients (Delaunay et Vidal 2002; Kalofonos 2008; Mattes 2011). Pour ces travaux, la « technologie des ARV » est un pouvoir disciplinaire contribuant à déresponsabiliser un patient consommateur de médicaments. Dans de nombreux pays africains, en Tanzanie, au Kenya, par exemple, l'accès aux ARV s'est mis en place par la présence de patients volontaires (*support groups*) des ONG, de « peers educators » qui prennent en charge de nombreux aspects du traitement ARV³¹⁵ : séance collective d'éducation au traitement, leçons individuelles d'observance, suivi des rendez-vous, etc. Au Botswana ce sont des professionnels de santé fonctionnaires de l'État botswanais, qui sont chargés, aux côtés de cliniciens états-uniens, de prescrire les antirétroviraux et de transmettre les normes d'éducation thérapeutique.

Dans cette section, je montre que l'étude de l'organisation des soins, de l'accueil des patients et de la consultation médicale au centre ARV, permet de montrer le travail de redéfinition des contours de la communauté nationale, à la fois par l'inclusion dans une communauté « pastorale » et par le travail moral effectué par les soignants.

Le resserrement des liens entre les membres

Dans la théorie de l'imaginaire national, la communauté est imaginée et limitée. Elle a aussi selon E. Renan, une « faculté imaginante », c'est à dire la propension à donner aux individus le sentiment d'avoir « beaucoup de choses en commun ». Enfin, elle procède par « invention de traditions » (Hobsbawm et Ranger 1983) ou adaptations symbolisant la cohésion sociale et l'appartenance à un groupe. J'analyse dans ce cadre le partage du sentiment religieux, les efforts pour communier, la présence du religieux au cœur du soin médical comme un marqueur de la communauté nationale botswanaise.

La foi en partage

Tous les jours, à 7h30, les infirmières vérifient que toutes les personnes sont entrées et installées sur les bancs, en leur expliquant où s'asseoir, en leur demandant de se serrer, en organisant les différentes rangées, en plaçant les patients qui viennent pour la première fois sur les deux bancs placés directement à la droite du bureau des infirmières³¹⁶. La salle est alors prête pour le moment de communion, auquel participe la majorité des membres du personnel. Ce moment se compose d'une prise de parole et de chants. La parole peut être prise soit par un membre du personnel soit par un des patients assis sur un banc soit par des personnes externes, venues spécialement pour prêcher. D'ailleurs cet intervalle de temps qui dure en moyenne 10-15 minutes est

³¹⁵ Communication orale de Ruth Prince sur un centre d'accès aux ARV à Kisumu au Kenya (conférence Max Planck Institute, Halle, juin 2009).

³¹⁶ À la fin de l'année 2009, la physionomie de cette salle d'attente, principale salle du centre avait sensiblement changé: une pièce avait été créée dans un coin de la salle permettant aux infirmières de prendre les constantes des patients de façon relativement isolée de la salle d'attente. Cela confirme l'effort que font les infirmières pour que la prise en charge des patients se fasse avec plus de respect de la confidentialité.

l'un des seuls « espaces » où peuvent intervenir des personnes extérieures au centre notamment des prêcheurs.

Un mardi matin, un prêcheur a commencé son sermon dès 7h30. Il est vêtu d'un costume gris bleu et porte des chaussures en cuir. Il précise qu'il n'a pas le temps de lire la Bible et interpelle la salle d'attente: «Combien ici sont des chrétiens ? ». Quelques mains se lèvent. «Ceux qui ne le sont pas, voulez vous être "*born again*" ? ». Il entonne un chant – en anglais – que l'audience reprend en chœur «Oui j'aime Jésus – Car Il m'a aimé d'abord – Amen – Oui Jésus m'aime – Il l'a montré sur la croix ». Le prêcheur commence ensuite une prière qu'il prononce de plus en plus rapidement, en anglais, puis quelques mots dans une langue qui n'est pas du setswana. Il finit en déclarant «La chrétienté ce n'est pas la religion. La chrétienté c'est le verbe de Dieu. Non pas Jésus du Brésil, Jésus de Nazareth ». Puis, il appelle à nouveau les prétendants à être « *born again* » : « Qui veut être "*born again*" ce matin, car seulement quelques uns se sont dit chrétiens, qu'en est-il des autres ? ». Il rassemble la quinzaine de volontaires réunie autour de lui dans un coin de la salle, leur parle et leur demande de lever les bras et de répéter « Je suis sauvé. Je suis *born again* ». Il les serre dans ses bras, les félicite et vient serrer la main de chacune des infirmières présentes dans la salle. Il attend ensuite dans un coin de recevoir les bouts de papiers sur lequel les personnes *born again* ce matin vont confirmer leur engagement (notes observations, centre ARV, avril 2007).

L'éthos chrétien traverse de nombreux espaces de la vie sociale au Botswana. Rares sont les réunions, conférences ou journées de travail qui commencent sans que soit partagé une prière ou une chanson. Dans l'épisode relevé ici, ce sont les représentants de l'église Church of the Christ Embassy³¹⁷, un mouvement pentecôtiste d'origine nigériane, qui officient. Ils sont invités tous les mardis matins à effectuer un prêche auprès des patients. Ils procèdent à une cérémonie religieuse qui peut durer près de 30 minutes. Ils répandent une ambiance de joie et de bonne humeur dans les journées de travail dans la plupart des sites où j'ai conduit des observations. Le sentiment religieux est convoqué de façon quotidienne dans la vie sociale comme un marqueur de l'appartenance à la nation botswanaise.

La pratique religieuse a connu des transformations avec les mouvements religieux révélés originaires de pays africains situés plus au Nord. Les mouvements de migration depuis l'Afrique de l'Ouest et de l'Est) vers le Botswana ont été accompagnés par une profusion de mouvements religieux révélés, pentecôtistes³¹⁸, en provenance du Nigeria, du Ghana et du Malawi (van Dijk 2002; 2003). Ces mouvements ont reçu un accueil favorable au Botswana malgré des inquiétudes populaires sur le fait qu'ils soient « contrôlés » de l'étranger et investis dans des activités commerciales fructueuses³¹⁹. Affectées par les ravages de l'épidémie de sida, de nombreuses communautés ont trouvé dans la foi l'expression d'une force et d'une appartenance permettant d'alléger quelque peu le « fardeau du soin »³²⁰. Le sida a réanimé ou ravivé les sentiments religieux afin de fournir des interprétations au

³¹⁷ Représentants d'un mouvement fondé par un prêcheur nigérian Chris Oyakhilome. Controversé car il y a plusieurs accusations envers ce mouvement notamment escroquerie financière. Voir notamment « Church Embassy Raises Millions », Mmegi, 6 octobre 2008: <http://www.mmegi.bw/index.php?sid=1&aid=36&dir=2008/October/Monday6> (19/8/11).

³¹⁸ Originaires des États-Unis, ces mouvements religieux se développent en Afrique dès le début du 20^e siècle, au Liberia, Nigeria et au Ghana (Mayrargue 2004). La période de propagation du sida coïncide avec une phase d'expansion rapide des églises pentecôtiste en Afrique subsaharienne.

³¹⁹ Les églises pentecôtistes d'origine ghanéennes sont ainsi assimilées au business des salons de coiffure et dans une moindre mesure à la prostitution (rapport écrit par R. Van Dijk, universitaire néerlandais) (van Dijk 2002).

³²⁰ L'expression « fardeau du soin » (en anglais *burden of care*) fait référence à un ensemble de contraintes

malheur, à la souffrance et à la mort. Les églises traditionnelles, tout comme les mouvements révélés ont offert des sociabilités et des apaisements aux individus affectés par la souffrance physique, mentale, économique. Les rituels de guérison, d'expiation cherchant à extirper les forces du mal ont participé à l'extériorisation de la souffrance. Sur le plan thérapeutique, les rituels de guérison traditionnels ne sont en rien exclusifs d'une prise en charge biomédicale, dans les cliniques ou à l'hôpital.

Au centre ARV, l'appel à ces prêcheurs souligne que le soin est imaginé par ceux qui l'organisent localement, les infirmières, comme un processus dans lequel cohabitent différentes conceptions de la guérison ou *healing* (Livingston 2007). Bien que les infirmières insistent sur la non-interruption du traitement, le soin biomédical n'est pas l'unique remède face au sida. Le soin spirituel apporté par la foi est en outre complémentaire dans ce processus. La complémentarité des recours thérapeutiques produit un *continuum* de soins, les patients ne recherchant pas les mêmes remèdes auprès d'un médecin à l'hôpital ou d'un guérisseur.

Marylin : la foi au service du soin

La rencontre avec Marylin m'a permis d'entrevoir comment coexistent ces différentes formes de soin et de soutien pour faire face au VIH et aux multiples contraintes économiques et difficultés familiales. Je l'ai connue grâce à Dr Alma qui m'a donné son numéro de téléphone. Elle s'était chargée de Marylin en tant que patiente au moment où elle perdit son bébé à huit mois de grossesse (chapitre suivant). Nous sommes devenues amies, ce qui a facilité le partage de son expérience par des rencontres répétées.

Marylin a 29 ans, elle est originaire de Sikwane, un village situé à 55 km à l'est de la capitale. Elle travaille à LifeLine-Botswana, une ONG d'écoute et d'entraide appartenant à un réseau sud-africain. Lorsque je la rencontre pour la première fois, son mari est hospitalisé dans un état sérieux à Princess Marina. Elle est alors présente comme moi tous les jours (elle a pris tous ses jours de congés) pour soutenir son mari séropositif, malade, qui refusait jusqu'alors de procéder à un test de CD4. Lorsqu'elle évoque ses problèmes, elle met en avant les activités de son église comme autant de ressources spirituelles, de sentiments de joie, de partage et d'amour³²¹. Le responsable de son église, son pasteur, organise l'office sur son lieu de travail le samedi. Lors de cette première entrevue elle me parle de sa participation aux activités de son église, ce qui lui fournit réconfort et stabilité au moment où l'état de santé de son mari s'aggrave. Elle se dit très perturbée par l'attitude de son employée de maison (*maid*), séropositive elle aussi, assez malade et qui l'aide de moins en moins. Cet agacement est contrebalancé par un sentiment d'empathie qui réduit parfois dans ses mots la distance sociale qu'elle aimerait maintenir avec son employée.

matérielles, financières directement ou indirectement liées à la pathologie. Cette expression est popularisée par des agences comme l'ONUSIDA et l'OMS en lien avec le VIH/sida et plus spécifiquement pour parler du rôle des femmes, des activités de soin du foyer, de la famille qui leur incombent.

³²¹ Observations lors d'une cérémonie organisée par Marylin dans son église Raining Kingdom church, Gaborone, novembre 2008.

Dans le centre ARV – comme dans le bureau de Marylin – l'église vient au personnel et aux patients pour ponctuer une journée qui peut être, pour certains patients, une journée de travail 'perdue'. La possibilité d'avoir ce moment de communion est bien accueillie par les patients. Marylin et Betty m'ont toutes deux raconté que leur église, le dimanche, prenait en charge les enfants, organisait des jeux et des lectures afin que les parents profitent au mieux de ce moment pour eux. Le centre ARV offre ici un espace et un moment qui peuvent être occupés à communier contrairement aux autres services de l'hôpital, où, en dehors du changement d'équipe à 7h30 lorsque les infirmières se réunissent parfois pour se saluer et chanter, il n'y a pas de moment de partage comparable entre patients et soignants. Le moment de communion est une façon de resserrer les liens entre elles, les autres professionnels (phlébotomistes, assistants administratifs) et la centaine de patients assis dans la salle, que les infirmières ont à cœur de maintenir. Les médecins n'y participent jamais. Ils ne sont pas arrivés à 7h30 car la plupart d'entre eux, rattachés au service de médecine interne, participent au même moment à la réunion du staff dans leur service.

«Il y a ce lien entre eux et nous »

L'ouverture de la journée par la prière et par des chants vise à instaurer, malgré la sensation de foule, de masse, une relation de proximité, une atmosphère chaleureuse et cordiale, comme le souligne une infirmière :

Les patients préfèrent venir dans ce centre (*à l'hôpital, par opposition aux petites structures*) car ils ont confiance. Je pense qu'ils sont bien servis ici avec la relation qui existe entre eux et nous, ils voient les mêmes personnes à chaque fois. Il y a un lien, un lien ou une confiance entre nous et eux (Retranscription d'entretien Infirmière Filwe, Centre ARV, 5 février 2008)

L'infirmière Filwe tout comme Nnopi et Cecilia parlent d'un lien (*bond*) existant entre « nous » et « eux », les patients, d'une relation qui cimenter la prise en charge médicale et les interactions entre patients et professionnels. Les infirmières considèrent cette relation cordiale comme une clé pour garantir l'observance des patients. Pour que les patients soient bien accueillis, les infirmières veillent à la bonne tenue du centre, à la propreté, au fait qu'il ne manque rien (fournitures,...). Les infirmières envisagent toutes leurs actions comme participant à l'accueil d'un public qui doit être satisfait: "je pense que les patients sont bien respectés"³²². Les infirmières insistent, dans les entretiens, sur la satisfaction des patients ; dans leurs pratiques au quotidien ces préoccupations se matérialisent dans la gestion du service et de l'ensemble du dispositif administratif.

La profession d'infirmière a acquis une place respectée dans le paysage socio-professionnel botswanais. Les infirmières s'expriment dans les médias et ont une association puissante (syndicat) emblématique d'une culture de service public. Elles sont des fonctionnaires ayant des obligations envers le public auquel elles délivrent un service. Le fait de se présenter chaque jour, d'échanger quelques mots en prière ou pendant l'éducation des patients montre les efforts pour contenir l'indifférence structurelle latente de la relation bureaucratique du système de santé afin qu'elle ne se transforme pas en indifférence comportementale des soignants envers les soignés (Jaffré et Olivier de

³²² Retranscription d'entretien Mma Nnopi, Gaborone, centre ARV

Sardan 2003, 274). Pour les infirmières, le centre ARV se distingue des autres services de l'hôpital encombrés et anonymes, elles s'efforcent de construire un espace personnalisé ou rendu familier :

Il faut prendre soin de la structure comme de sa maison (...) Avant d'entrer chez quelqu'un ou de faire entrer quelqu'un il faut se tenir prêt à pouvoir saluer, à les accueillir quand ils arrivent, on les salue et ils s'assoient confortablement et aussi on partage le Verbe de Dieu et puis on prie, après avoir prié on choisit un sujet et on leur enseigne quelque chose, juste pour qu'ils soit tenus informés, les patients doivent connaître leurs médicaments, le virus, les CD4 et d'autres infections opportunistes comme la TB et le sarcome de Kaposi et toutes les autres comme tu sais, en faisant cela on essaie de les mettre à l'aise pour qu'ils puissent poser des questions et pas nécessairement sur les ARV et le VIH (Retranscription d'entretien Mma Nnopi, Gaborone, 2/11/2009)

Dans le centre, les infirmières animent les séances d'information (*counselling*). Dans d'autres pays africains où cette profession n'est pas soutenue par un système de santé efficace (salaires réguliers, etc.), ces tâches reposent sur l'implication des « profanes », des patients qui se sont formés et sont devenus des « patients experts » ou volontaires qui se chargent de ces activités.

Traitement individuel de centaines de patients

Pour les infirmières, le défi consiste à la fois à délivrer un message de « *counselling* » formaté et formulé au niveau international (alimentation équilibrée, sexualité responsable) et la volonté d'être au plus proche des attentes des patients en terme de soins et d'instaurer une relation de réciprocité dans laquelle puisse s'exprimer d'autres questions (la difficulté de dire son statut séropositif, le manque de nourriture pour accompagner la prise de médicament)³²³. La surveillante générale rappelle qu'il ne s'agit pas de parler uniquement de sujets relevant de la médication :

Le traitement³²⁴ ce n'est pas seulement le fait de donner à une personne un cachet et puis c'est tout, le cœur du traitement c'est le *counselling*, c'est parler, c'est faire que cette personne comprenne ce qu'est le VIH, la physiologie d'une personne, et le processus par lequel la maladie vient et aussi la morale, dire à cette personne qu'elle n'a rien fait de mal, que ce n'est pas parce qu'elle a des « mœurs légères » (*promiscuous*) qu'elle a cette maladie. (Retranscription d'entretien, Surveillante générale du centre ARV, Mma Pula, 31/1/2008)

En filigrane de cet extrait, la surveillante générale souligne le paradoxe d'une thérapie bénéficiant à un collectif toujours plus grand de patients, mais requérant un dialogue et des explications qui auraient vocation à être individualisées pour être plus efficaces, car situées dans l'intersubjectivité. F. Klaitz a étudié les relations entre les membres d'une église révélée de Old Naledi dans la banlieue de Gaborone, où prendre soin de l'autre est une activité fondée sur l'intersubjectivité engageant les sentiments de réciprocité. Les discours experts sur le sida et les traitements préconisent quant à eux une idéologie du « *positive living* » qui met l'accent sur la nécessité d'adopter un comportement individuel de prévention, une sexualité responsable et l'annonce de son statut à ses proches (2009, 18). L'infirmière Mma Nnopi dit se rappeler ainsi d'un patient qui avait apprécié la

³²³ La nécessité de venir aux premiers rendez-vous accompagné par un « partenaire d'observance » a été critiqué en raison de la stigmatisation liée au sida. La surveillante générale reconnaît que ce nécessaire partage du statut peut être discriminant mais elle reconnaît aussi que cela est difficile de garder ce secret pour soi, elle dit : « c'est si stigmatisé au Botswana que tu ne peux pas juste t'asseoir et dire à une personne 'au fait je suis séropositive', ce n'est pas comme dire à quelqu'un 'j'ai la grippe' ou 'mon genou me fait mal', on ne peut pas faire ça » (entretien, Gaborone, 31/1/2008).

³²⁴ Mma Nnopi emploie le terme « treatment », ici synonyme de « care ».

façon dont elle lui avait parlé et lui avait dit “la prochaine je reviendrai vous voir, j'ai aimé la façon dont vous m'avez conseillé et ce que vous m'avez appris”. Le *counselling* a pris une dimension individuelle située et l'infirmière a pris le temps de parler avec un patient, d'évoquer des questions personnelles. Les soignantes recherchent l'instauration de liens plus individuels, ce qui est un défi dans un centre exigu, débordé chaque jour par plus de 150 patients. Cela rejoint également leurs préoccupations pour le secret et la confidentialité des patients, ébranlés par les allées et venues de chercheurs, de personnes extérieures au centre.

Plusieurs auteures comme R. Prince ou D. Mattes (2011) ont employé l'expression de « bureaucratie ARV » pour qualifier les excès de comptage et de classement des patients, d'une compilation effrénée de données informatiques sur les patients (file active de plus de 15000 patients à l'hôpital Princess Marina, très largement supérieur à la moyenne en Afrique au moment de l'enquête). Toutes ces activités qui mobilisent le personnel administratif et soignant afin que soit prise en compte une multitude de variables pour les autorités nationales et pour les différents dispositifs financiers qui ont permis l'accès aux ARV à travers l'Afrique. Le comptage des patients et la gestion des dossiers sont des tâches qui occupent les infirmières ainsi que les assistants techniques ou administratifs car elles sont nécessaires pour la compilation de statistiques pour le ministère de la Santé qui les centralise. Ces informations sont cruciales pour les financements internationaux comme ceux qui émanent du programme du président américain pour le sida (PEPFAR) qui revendiquent le succès de leur contribution en nombre de patients mis sous traitement (ou de « vies sauvées »). Ces évaluations entrent parfois en conflit avec ceux des gouvernements nationaux³²⁵. Dans cet objectif, l'infirmière Cecilia est chargée de rechercher les patients (*track patients*), qui ne sont pas venus à leur rendez-vous et ne donnent pas signe de vie. Il faut téléphoner, chercher dans le système informatique national s'ils ne sont pas allés chercher des médicaments dans une autre clinique. Les patients « perdus de vue » font l'objet d'une recherche active, afin de pouvoir être comptabilisés comme patients dans le programme.

Le centre ARV met en scène le soin dans sa dimension pastorale et les médicaments selon une biopolitique. Du reste, selon M. Foucault, le pouvoir pastoral constitue la forme archéologique de la biopolitique, à savoir qu'il se situe dans la tension entre un pouvoir individualisant qui voudrait connaître chaque membre de la communauté, les guider sur le bon chemin, en même temps qui agit sur la masse de patients par le comptage et la catégorisation. L'accueil des patients et les efforts des soignants pour les inscrire au sein du programme puis les rendre observant et les maintenir dans le programme n'est pas uniquement le fait d'une mécanique de comptage des patients. Il s'agit également, pour les soignants, de se regrouper au sein d'une communauté dans laquelle le pouvoir pastoral vise à garder en vie chaque patient. Dans cet objectif les patients sont enjointés à l'observance et évalués principalement à l'aune de cette capacité, qui est mesurée selon des critères biomédicaux (mesure des CD4 et de la charge virale).

³²⁵ En 2007, cette question a fait l'objet d'une discorde entre les autorités botswanaises et états-uniennes. Le ministère de la santé a jugé que le plan PEPFAR avait sur-estimé sa contribution directe au programme national de traitement. Les responsables du plan PEPFAR ont alors révisé le chiffre qu'ils avaient publié.

La définition d'une communauté morale

Au sein du programme d'accès aux antirétroviraux, le début du traitement, puis le suivi (tous les trois à six mois) sont encadrés par une consultation avec le médecin qui établit sinon un contrôle, du moins une surveillance de l'observance des patients. Dans ces interactions, l'accent est mis par les soignants sur l'impératif pour les patients de se conformer à un certain nombre de normes d'ordre biomédical et social (régularité des visites, prise stricte et stockage des médicaments, alimentation, exercice physique, etc.). Les médecins veillent à ce que les patients adoptent une conduite appropriée, en toutes choses, au privilège d'être soigné. Cette « moralité du soin » incorpore des éléments de conduite conforme à la culture nationale et aux normes internationales de la lutte contre le sida afin de permettre l'observance. A cette fin, les soignants s'appuient sur le statut de citoyen – ayant des droits et des devoirs. Conçue comme un devoir, l'observance concourt à définir l'appartenance des patients à une « communauté morale ».

Consultation médicale et antirétroviraux : la production de l'observance

Une fois apaisées les craintes d'anarchie et d'une inobservance des patients africains, la mise à disposition et la généralisation (« scale up ») des médicaments dans la première moitié des années 2000, a pris des formes relativement similaires à travers le continent africain : un programme centralisé au niveau national, un modèle de supervision de l'administration des médicaments par un médecin, la technicisation de la relation thérapeutique, le contrôle de l'observance (Delaunay et Vidal 2002) et la bureaucratisation des programmes. Les patients bénéficiant de médicaments antirétroviraux sont devenus avant tout des « sujets de l'observance » (*idem*).

Au début des programmes d'accès aux ARV au Sénégal ou en Côte d'Ivoire, à la fin des années 1990, les relations entre soignants et soignés étaient déterminées par le problème du coût des traitements, qui autorisait une évaluation morale des patients et de leur capacité de participation financière. Cette « fiabilité financière » du patient et de ses proches avait défini *de facto* une catégorie de « bons patients ». Sans que la question du coût ne se pose en aucune manière, la relation thérapeutique est à la fois technicisée et bureaucratisée à Gaborone. Les échanges sont limités entre les médecins et les patients et la consultation est centrée sur la lecture des résultats d'analyse et les patients apparaissent à bien des égards comme les destinataires passifs d'un discours injonctif³²⁶.

Bien que ces caractéristiques aient été observées de façon quasi constante en sociologie médicale, les antirétroviraux ont cependant fait évoluer la consultation médicale entre médecins et patients séropositifs. Au début de l'épidémie, l'absence de thérapies et l'impuissance médicale avaient donné à cette relation un caractère empathique, affectif pour accompagner l'incertitude et la mort. La dissimulation s'y glissait aussi (Gruénais 1995; Vidal 1996). Avec les antirétroviraux, la vérité

³²⁶ Il est utile de rappeler certains des titres d'articles récents concernant l'étude des programmes nationaux en Afrique: « All I eat is ARVs » de Kalofonos en 2008; « “We Are Just Supposed to Be Quiet” » de D. Mattes sur la Tanzanie en 2011. En 2008 j'avais, de la même façon, présenté une communication au Congrès AAA à San Francisco que j'avais intitulée « Government Loves its citizens so much that it gives medication » reprenant également une phrase entendue sur le terrain et mettant en exergue cette question de la passivité du patient.

de la santé du patient vient de la lecture des résultats d'analyse. Si les CD4 remontent et que la charge virale baisse, le patient va bien et prend bien ses médicaments³²⁷. Si la charge virale ne baisse pas le médecin est prompt à interpréter que le patient a « mal » pris ses médicaments et à le qualifier de patient « défaillant » (*defaulter*). L'efficacité thérapeutique des antirétroviraux a transformé la relation thérapeutique qui est désormais un processus orienté par la technologie de la mesure de la charge virale (Rosengarten et al. 2004, 584)³²⁸. La distribution des ARV est accompagnée d'un suivi de l'évolution du virus sous l'action de ces molécules chez les patients et chez la population de patients. La consultation est marquée par la disparition du toucher et de l'examen clinique. L'impératif de la stricte observance crée une relation thérapeutique dans laquelle prime la vérification des résultats. Le médecin y endosse un rôle quasi policier et le patient répond poliment à l'interrogatoire. Les patients sont silencieux durant l'entrevue, répondent poliment et laconiquement aux questions, par l'affirmative. Selon R. Prince, qui a observé un centre d'accès aux ARV à Kisumu au Kenya, les patients apprennent vite à répondre aux questions standardisées, un script qui les transforme en consommateurs passifs plutôt qu'en patients actifs ou « experts » et qui élude les autres dimensions sociales de la maladie (la faim notamment). J'ai observé de la même façon à Gaborone, la relégation du contexte social du patient. Lorsque l'un d'eux formule une question d'ordre économique et social parfois clé pour l'observance, les soignants l'orientent vers les services sociaux.

En conséquence, la relation thérapeutique dans le centre de soins varie selon deux facteurs : la condition du patient d'une part, l'origine du médecin et son affiliation institutionnelle d'autre part. En ce qui concerne la condition du patient, s'il « va bien » (ses CD4 remontent et sa charge virale baisse ou est « supprimée »), il est orienté vers les internes du service de médecine qui sont là tous les matins et voient des dizaines de patients, vérifient les résultats d'analyse et prolongent le traitement antirétroviral. L'interaction y est guidée par l'ordinateur dont le logiciel indique au médecin les champs à remplir, et donc les questions à poser. Si, en revanche, un problème (d'observance, de charge virale ou CD4, ou autre manifestation clinique) est noté, le patient est dirigé vers les consultations spécialisées qui sont prises en charge par des médecins étrangers, le plus souvent affiliées à des partenariats biomédicaux avec des institutions de recherche aux États-Unis. Ces médecins « spécialisés » consultent peu de patients, pratiquent des investigations (tests de résistance, foie, reins, ...), réfléchissent avec leurs assistants. Au sein du centre de soin, s'effectue un 'triage' entre une masse de patients qui « vont bien » et quelques autres ayant des « pathologies spécifiques ». Pour les spécialistes comme Dr Alma (« consultation de l'échec ») et Dr Sachs (« consultation comorbidité et tuberculose »), la consultation sert de champ d'application de leur savoir et de réservoir de sujets de recherche, voire de possibilité pour rédiger un « abstract » pour la prochaine conférence sur le sida³²⁹.

³²⁷ Le programme national est doté de capacités de contrôle de charge virale dont les tests sont réalisés en même temps que les CD4 (nombreux pays en Afrique à ce moment où même le contrôle des CD4 dont les machines sont moins coûteuses n'est pas assuré).

³²⁸ Cette question est d'une actualité encore plus pertinente aujourd'hui avec les résultats des essais cliniques sur le « traitement comme prévention ». Il serait intéressant d'étudier l'évolution de la relation thérapeutique et des pratiques de médication en fonction de ces nouveaux développements biomédicaux.

³²⁹ Observations avec Dr Sachs (mars 2007) et Dr A (janvier 2008, compilation de données en vue de la conférence IAS de Mexico, août 2008).

Le suivi du traitement antirétroviral est caractérisé par sa réussite ou son échec, ce qui entraîne une catégorisation des patients.

« Le gouvernement aime tellement ses citoyens qu'il donne des médicaments » : l'observance comme devoir citoyen

La gratuité des antirétroviraux et de l'ensemble des examens de laboratoire (CD4, charge virale, tests de résistance), décrétée d'emblée par le gouvernement botswanais est une caractéristique singulière au début du programme. En 2007-2008, il n'y a encore que quelques autres États africains qui ont décrété la gratuité des médicaments et du reste, les examens demeurent souvent payants. J'envisage ici cette singularité dans la façon dont elle opère dans la prise en charge, en particulier comme un levier pour signifier aux patients leur condition privilégiée. Il faut interpréter cette idée de privilège en fonction de l'idée de citoyenneté sociale proposée par T. H. Marshall et suggérer que l'existence de droits sociaux est interprétée par les soignants comme un privilège dont l'attribution suppose l'observance.

Au cœur de la relation thérapeutique, la question de l'observance définit voire catégorise le patient. Il peut devenir un « defaulter » ou au contraire un « bon patient » s'il n'a jamais raté de rendez-vous et s'il a toujours bien pris ses médicaments. Afin de confronter le patient à l'impératif d'observance, les médecins saisissent le lien qui unit le citoyen à l'État pour le « rappeler à ses obligations ». L'entrevue avec le médecin, assisté par une infirmière ou une assistante, vise à repérer un problème d'observance malgré le temps très court de l'entretien qui n'autorise que rarement les patients à exprimer un quelconque problème. Les soignants – surtout les médecins – peinent à entendre les patients lorsqu'ils émettent un quelconque sujet de préoccupation.

Dans la consultation pour les échecs de traitement, un patient a tenté de justifier un problème d'observance à cause d'un problème d'argent, de nourriture, le médecin a réagi fermement. Elle a d'abord demandé à la patiente d'environ 55 ans: « vous toussiez, vous êtes stressée ? », la patiente avait répondu « oui » et précisé qu'elle allait mieux parce qu'elle était retournée à Molepolole, avant, elle travaillait dans un magasin mais lorsqu'elle a révélé son statut, le directeur l'a congédiée. Dr Alma repris : « Bon, je ne peux vous aider avec le travail mais il faut que vous compreniez que c'est sérieux et j'ai l'impression que vous ne prenez pas bien vos médicaments... ». Puis la médecin s'adressa aux infirmières présentes en leur disant « regardez car je veux que vous sachiez comment je fais, il faut continuer à demander et encore demander car vous avez une intuition donc vous gardez ce cap ». Elle se tourna ensuite vers la patiente :

C'est encore plus déprimant de mourir! Et mourir du VIH ce n'est pas jolie chose, ok? Vous devez au contraire le repousser, et je ne peux pas le faire pour vous. Peu importe que vous n'ayez pas de travail: le gouvernement fournit des médicaments gratuitement, dans les autres pays il faut payer et si vous ne travaillez pas, vous mourrez donc ici, le gouvernement aime tellement ses citoyens qu'il donne les médicaments (Observations, consultation du Dr Alma, centre ARV, 6 mai 2007).

L'interaction médicale tend à effacer le contexte social du patient et le médecin n'a pas pris en compte les problèmes matériels (son licenciement) et les soucis de la patiente (un déménagement récent). Afin de ramener le patient « dans le droit chemin » la médecin utilise le levier de

l'appartenance nationale du patient qui est rappelé fermement à sa condition (privilegiée) de citoyen d'un État dont Dr Alma donne un portrait affectif (le gouvernement aime ses citoyens) qui fait référence à l'État bienfaisant. Dr Alma est états-unienne et vient d'un pays où tous les soins sont payants. Par ailleurs elle a des responsabilités importantes au ministère de la santé et est une autorité médicale reconnue sur la question de l'échec thérapeutique et des régimes de seconde et troisième ligne. Toutes ces positions lui permettent de faire une leçon d'observance – obéissance devant les deux infirmières et à des patients jugés plutôt « gâtés » par rapport à d'autres (Africains). Dans ce contrôle de l'observance qui opère dans l'interaction verbale et pas uniquement via la vérification des résultats sans le système informatique, c'est la condition de citoyen qui est en jeu.

Les soignants considèrent que les patients sont privilégiés et qu'ils n'ont de ce fait aucune excuse pour ne pas être observants. Une jeune médecin botswanaise qui rentrait tout juste du Royaume-Uni où elle avait fait ses études et qui travaillait au centre ARV tous les matins le dit ainsi:

Nous avons été gâtés jusqu'à présent au Botswana, tout nous a été donné, le gouvernement a payé pour absolument tout ... et maintenant ... même dans le centre [ARV] les gens viennent, bien habillés et quand ils ratent leur rendez-vous (*when they default*) ils nous disent "je ne suis pas venu parce que je n'avais pas d'argent pour le transport", franchement, je ne comprends pas ... cela va prendre du temps de changer cette mentalité (discussion avec le Dr Mathlanka lors de la conférence BMA, 2/11/2008).

Dans cet extrait, Dr Mathlanka cherche à se distinguer d'une population jugée passive, elle rentre d'un séjour de près de 10 ans au Royaume-Uni pour ses études de médecine et concède qu'elle pensait y repartir (avant d'avoir eu une offre de travail pour le partenariat avec l'université de Pennsylvanie à Gaborone). L'observance est donc réinterprétée par les soignants et les responsables de programme au prisme de la passivité supposée des citoyens botswanais. La passivité des citoyens botswanais est une idée du sens commun véhiculée largement : des expatriés aux universitaires (Good 2008), étrangers et Botswanais. Cette construction s'appuie sur les politiques économiques et sociales de l'État et sur « l'absence de lutte de libération du peuple botswanais qui, à la différence de tous les pays de la région, ne s'est pas libéré de la tutelle coloniale par la guerre. Comme le remarque Marilyn, en parlant de sa grand-mère, « au Botswana, quand vous êtes vieux, on vous donne à manger », le gouvernement s'attache à satisfaire les besoins de la population. L'image de la politique gouvernementale, associée au parti au pouvoir depuis l'indépendance, le BDP, est celle d'un pouvoir bienfaisant, s'occupant de satisfaire les besoins de la population. En période électorale, le BDP procède ainsi à des distributions de nourriture et de couvertures dans les villages. Le président se déplace pour écouter les revendications du peuple³³⁰. Pour Betty, assistante administrative, les efforts du gouvernement pour créer les conditions de la citoyenneté ne sont pas salués par la population : « le gouvernement fait de son mieux mais les gens se plaignent toujours » (conversation, centre ARV, 24/4/2007)³³¹. Cette perception de citoyens « gâtés » transparaît dans la façon dont les enseignants parlent de leurs étudiants à l'Université du Botswana : des jeunes gens à qui l'on donne

³³⁰ Reportage sur la Télévision publique (BTV) du président Ian Khama Seretse Khama en tournée électorale, septembre 2009.

³³¹ « Government is trying hard but people are still complaining ».

tous les moyens et qui ne pensent qu'à se plaindre et à s'enivrer dans les bars³³².

Enfin, il faut rappeler que le contexte du soin est essentiel (May 2007) pour comprendre les pratiques dans le centre ARV. L'économie politique régionale dans laquelle il est inséré également qui éclaire notamment les obstacles rencontrés par les soignants lorsqu'ils cherchent à produire des patients observants, des patients-citoyens. À cet égard, l'une des explications les plus couramment fournies par les patients lorsqu'ils tentent de justifier un « problème d'observance » est : « J'étais en Afrique du Sud ». Avant d'être étiquetés comme *defaulter*, les patients expliquent qu'ils n'ont pu prendre leurs médicaments car ils étaient en Afrique du Sud. Cette réponse permet, un temps, la suspension de l'injonction biomédicale et dispense le citoyen d'avoir rompu le lien d'allégeance nationale. Prendre des antirétroviraux n'empêche pas la population botswanaise d'être mobile. En particulier, les mouvements de migrations (de travail ou pour les études) ou de séjour plus court (visiter des proches, faire des achats) s'imposent et justifient la suspension de l'obligation. Ici, la réprobation empathique de la part des soignants montre que même si elle est souvent éludée par les soignants, la question du travail et de la migration est une composante importante de la « citoyenneté sociale » de T. H. Marshall (Mead 1986). Dans la citoyenneté sociale, les droits sociaux sont conçus comme contrepartie d'obligations de travail. L'économie politique surgit dans la relation de soin, en particulier les relations de dépendance économique et commerciale entre le Botswana et l'Afrique du Sud car leurs économies sont imbriquées autour du travail et de la production économique et le Botswana importe la plupart des produits manufacturés de l'Afrique du Sud. Lorsqu'ils invoquent cet impératif de déplacement en Afrique du Sud, les patients sont incités à prévenir à l'avance les soignants afin de pouvoir prendre des dispositions.

Le travail moral dans la relation thérapeutique

Dans la relation thérapeutique, outre les enjeux de citoyenneté nationale, transparaît aussi la quête par les soignants d'une démonstration par les patients d'une « conduite appropriée », conforme à un ensemble de normes et de valeurs, à l'intersection entre la culture, les pratiques locales du soin et les injonctions biomédicales internationales. Cette moralité du soin formule des obligations morales et vise à réinscrire les citoyens dans leur statut social et au regard d'un comportement adéquat. L'exemple ci-dessous au service des Urgences, montre le travail moral effectué par les soignants, et la quête d'un « comportement » approprié à la condition de citoyen, en particulier pour les femmes (et les mères).

Pendant mon enquête début 2007, deux médecins botswanais et quatre médecins étrangers (zambien, kenyan, nigérian, éthiopien) exerçaient au service des Urgences. Les médecins botswanais avaient le sentiment d'être désavantagés par rapport aux médecins étrangers, notamment d'être moins payés. Entre deux patients vus, Dr Mine, botswanaise, renâclait et déplorait de mauvaises

³³² A l'université du Botswana, les étudiants – qui obtiennent des bourses, ont un logement, etc. – bénéficient de conditions avantageuses. Les enseignants déplorent leur comportement, du fait qu'ils viennent se plaindre de leur note. Un professeur de sociologie parlait des étudiants comme des enfants à qui l'on donne tout (y compris dans une politique pédagogique qui incite à la dictée des cours) et qui sont « nourris à la cuillère ».

conditions de travail. Les infirmiers, jeunes professionnels qui travaillaient à ses côtés se plaignaient en retour de sa lenteur. Elle était souvent absente et partait dès que l'heure de la fin de sa garde avait sonné.

Un mardi de mars 2007, Dr Mine va s'occuper d'une petite fille d'environ 3 ans qui est dans un box avec sa mère. La petite fille est couverte de petits boutons rouges. Dr Mine dit à la petite fille : « je vais regarder dans ta bouche, je te le dis une fois sinon je serais obligée de le faire quand même », elle nous demanda à sa mère et à moi de nous mettre en position de la tenir, la petite dans les bras de sa mère et moi je lui tiens la tête. Sur le lit est posé un livre intitulé *Ways of Innovative Thinking: Key for Success*. La jeune femme est apprêtée et maquillée. Dr Mine lui demande les vaccinations de l'enfant. La mère sort une carte qui comporte une liste de rendez-vous qui n'ont pas été honorés. Ce carnet provient d'une institution située dans l'État d'Oklahoma aux États-Unis. Dr Mine lui parle maintenant très sérieusement, en anglais, alternant avec du setswana. Son ton s'aggrave lorsque Dr Mine constate une réaction allergique sur tout le corps de la petite fille et un assèchement de ses parties génitales: « Pourquoi vous n'êtes pas allées aux rendez-vous pour les vaccins ? Pourquoi vous ne vous êtes pas aperçue de cela plus tôt ? C'est irresponsable ! ». « Avec toutes ces allergies... Qui s'occupe de la petite dans la journée ? – Moi, répondit la mère – En tant que mère on doit vérifier tous les jours, même s'il y a une nounou, il faut vérifier qu'il n'y a pas eu de négligence, la nounou a pu blesser l'enfant ! Il faut prendre une heure chaque jour avec son enfant, donner au mois un repas sur les 3 par jour, faire le bain car cela permet de vérifier tout cela ». Dr Mine précise qu'elle a un fils de 3 ans et fait cela tous les jours. Elle ajoute que si on était aux États-Unis, ils appelleraient les services sociaux pour cela. La mère se met à pleurer. Dr Mine la regarde droit dans les yeux, toujours aussi sévèrement, essaie de modérer un peu ses propos mais n'y parvient pas. Elle prescrit une radio, tout en rappelant que c'est sa responsabilité de mère de voir ça et d'aller à l'hôpital ou clinique. Dr Mine ajoute qu'au Botswana cette responsabilité incombe aux femmes « un *motswana* est un *motswana*, cela vient de notre culture ». Elle finit par dire que c'est comme ça que les enfants ont des problèmes qui s'aggravent et arrivent morts à l'hôpital – elle me regarde en disant cela et cherche mon assentiment. En sortant, ensuite, quand je demandais une précision sur le diagnostic elle dit en exprimant beaucoup de lassitude que c'était vraiment inadmissible... parce qu'elle était aux États-Unis elle n'a pas pris soin de tout ça, même si elle n'avait pas l'argent, elle aurait dû le faire, avec les services sociaux (Observations aux Urgences, 5/3/2007).

Cette interaction fait intervenir le « médecin entrepreneur de morale » qui s'adresse à une jeune concitoyenne de retour d'immigration et dont le comportement est jugé négligeant, ignorant de la collectivité et de la santé publique. Le médecin a redressé les torts d'une jeune femme partie à l'étranger et revenant bénéficier de soins gratuits. Selon Dr Mine elle ne s'est pas conformée à son statut – femme, mère – et a oublié de sa culture. Ce procès en moralité montre qu'en contrepartie de la citoyenneté botswanaise, les soignants attendent des patients une attitude conforme à leur appartenance nationale. L'interaction met également en lumière des tensions liées au genre dans le domaine de la santé publique, du soin des enfants et de l'économie politique qui seront étudiés dans le chapitre suivant.

Conclusion du chapitre 6

L'étude du fonctionnement des programmes ARV en Afrique montre certes que l'impératif d'observance absolue des médicaments tend à effacer le contexte social des patients mais c'est une tendance dans la relation médecin-patient qui n'est pas spécifique aux antirétroviraux. Si elle semble exacerbée à Gaborone c'est en raison de la gratuité des médicaments mis à disposition par un État bienveillant. A cet égard, l'organisation des soins, les moments de communion, l'accueil des patients et la consultation médicale au centre ARV et la production de l'observance sont des moments dans lesquels se produit un travail de redéfinition des contours de la communauté nationale, à la fois par l'inclusion dans une communauté « pastorale » et par le travail moral effectué par les soignants.

Les soignants placent au cœur du processus de soin l'appartenance à une communauté de citoyens. En effet, l'appartenance à la communauté nationale implique des droits (soin, médicaments) et l'appartenance à la communauté morale suppose des devoirs (observance, obéissance). Les patients sont rappelés à la relation d'allégeance du à l'État qui garantit leur protection. Aussi peut-on observer conjointement le pouvoir pastoral de rassemblement des patients, d'inclusion dans la communauté morale d'individus partageant des valeurs et en même temps la biopolitique de l'enrôlement d'une masse de patients, du comptage et de la gestion des dossiers. La notion de « communauté morale » a été mobilisée pour mettre en évidence le travail de soin, d'accueil effectué par les infirmières en même temps que le travail moral c'est-à-dire des efforts pratiques et discursifs veillant à maintenir dans la communauté ceux qui y appartiennent. Enfin, la prise des antirétroviraux crée une tension entre la condition active et passive du citoyen, entre la construction d'un individu biomédical responsable de ses conduites (observance, relations sexuelles protégées, alimentation équilibrée) et un individu appartenant à une communauté à laquelle il doit se conformer. Au cœur de cette tension se logent des enjeux liés à la nationalité et au genre.

Chapitre 7 – La prise en charge des femmes à l'hôpital en temps de sida

En référence à l'ouvrage de Laurent Vidal « Femmes en temps de sida » (Vidal 2000a) et dans le cadre d'une analyse de l'accès aux soins et aux médicaments pour les malades du sida, un regard spécifique posé sur les femmes s'impose. Il s'agit de proposer une analyse à la fois spécifique et décentrée sur la prise en charge du sida. En premier lieu, un regard spécifique sur les femmes permet d'accéder à une vérité de l'épidémie qui est celle des rapports sociaux de pouvoir et de sexe. En second lieu, cette option rend également possible une observation décentrée de la seule prise en charge du sida. Le système de santé ne se résume pas au sida, en particulier à son ancrage biomédical. Aussi convient-il d'opérer un déplacement de l'observation autour du traitement des femmes au service des Urgences, où, séropositives ou non, elles se présentent en nombre chaque jour en lien avec la fin d'une grossesse.

Deux précautions s'imposent à ce stade. Il faut d'abord rappeler que le sida chez les femmes a été étudié principalement à travers la prévention biomédicale de la transmission de la mère à l'enfant (PTME). En tant qu'agents potentiels de transmission du VIH à l'enfant pendant la grossesse, l'accouchement ou l'allaitement, les femmes ont fait l'objet d'une attention particulière notamment dans le cadre de recherches cliniques et d'interventions biomédicales visant à prévenir la transmission du VIH à l'enfant à naître³³³. Les femmes sont d'ailleurs les seules à être identifiées comme responsables d'une éventuelle contamination³³⁴. Il faut donc réinscrire la prise en charge des femmes séropositives pour leur grossesse dans l'organisation des soins, dans la recherche clinique et la politique nationale de santé publique mais aussi au cœur d'enjeux politiques et moraux. La

³³³ Cela est également lié au fait que la santé des femmes a été essentiellement envisagée dans le cadre de leur « fonction reproductive » (Coquery-Vidrovitch 1994; Vidal 2000a).

³³⁴ Comme l'explique Laurent Vidal : « Or, des modes de transmission avérés du VIH, seule la transmission de la mère à l'enfant nomme et identifie l'émetteur : la mère. Quand on parle de « transmission sexuelle », c'est un partenaire sexuel qui est désigné, sans plus de précisions. Lorsque l'on se réfère à la transmission par voie transfusionnelle, un geste médical est désigné : il demeure tout à fait exceptionnel qu'un médecin ou tout intervenant médical soit identifié, et encore moins désigné, comme auteur du geste contaminant. En somme, pour l'ensemble des modes de transmission, à l'exception de la transmission mère-enfant (...). Précisons qu'une telle particularité peut avoir des conséquences sociales non négligeables dans la mesure où l'infection de l'enfant désigne celle de sa mère – éventuellement ignorée jusqu'alors – avec d'évidents risques de stigmatisation que ne sous-tend pas la terminologie des autres modes de transmission » (Vidal 1999, 62).

deuxième précision consiste à rappeler que l'étude de l'avortement et le fait que le traitement hospitalier des questions d'accouchement soit surinvesti d'enjeux moraux, de relations de domination, de violence verbale voire physique (Fassin 2000b, 167-171; Jaffré et Olivier de Sardan 2003; Jewkes et al. 2005). Du reste, comme l'ont montré les études féministes, la citoyenneté est en elle-même définie par le genre, en tant qu'« organisation sociale de la différence sexuelle » (J. W. Scott 1998) et cette organisation de la différence caractérise en retour le statut de citoyen, travaillé dans le cours de l'accès aux soins. La prise en charge de l'avortement se présente comme une loupe grossissante des lignes de différenciation au sein de la citoyenneté botswanaise.

La prise en charge des femmes en temps du sida à l'hôpital Princess Marina, sera donc abordée selon deux axes : le traitement en prophylaxie pour prévenir la transmission du VIH de la mère à l'enfant (programme PTME) observé dans le cadre d'une consultation spécifique au centre ARV et l'avortement ou la fausse couche, que les femmes subissent lors d'une fin de grossesse que j'ai suivi à partir du service des Urgences jusqu'au service de gynécologie. Que la fausse couche ait été intentée (avortement) volontairement ou non n'est pas l'objet de ma préoccupation, j'emploierai du reste les deux termes de façon indifférenciée, comme les soignants. Sur-étudiée sur le plan biomédical, la PTME a peu été réinscrite dans le cadre de sa prise en charge hospitalière ni mise en perspective avec des enjeux politiques et moraux liés à la reproduction sociale et l'imagination nationale. Quant à l'avortement, il a été très peu analysé, envisagé prioritairement sous l'angle démographique (fertilité des femmes), et peu mis en rapport avec le VIH. Sa prise en charge à l'hôpital n'a pas encore été décrite, ce à quoi je m'attache dans la première section.

Section 1. La prise en charge des suites d'avortement à l'hôpital

Dr Gimre, le médecin, qui est seul ce matin en charge des Urgences, ouvre le dossier en haut de la pile et lit en s'adressant à moi: patiente de 33 ans vue pour "Pv bleeding" [saignement vaginal] et LAP [low abdominal pain, douleurs abdominales]. L'infirmière précise au médecin « Elle a des règles très fortes, irrégulières mais le test de grossesse est négatif ». Le médecin va voir la patiente et propose de refaire le test de grossesse. Il demande à la patiente – Utilisez-vous des pilules contraceptives? Des injections pour la contraception ? Vous savez, pour le contrôle des naissances. La patiente répond non. Il sort du box.

Le dossier suivant indique une femme de 31 ans, "saignements vaginaux", dernières règles le 11 mars. Le médecin demande d'emblée – d'où venez vous? Elle répond qu'elle vient de la clinique Block 9³³⁵. Il demande - Etes-vous enceinte? – Non je ne suis pas enceinte – Utilisez vous des préservatifs ou l'abstinence? – J'utilise des préservatifs – Combien avez vous d'enfants? – Je n'ai pas d'enfants. Le médecin lui dit un peu fermement de se relaxer en auscultant son abdomen, son autre main déjà insérée dans le vagin. Il demande – Etes vous *motswana*? Elle répond – Je viens du Zimbabwe. Le médecin sort sans rien dire, la patiente a encore les jambes écartées. Malgré les informations données par la patiente, le Dr Gimre demande à l'infirmière de demander un test de grossesse urgent, comme pour la patiente précédente.

Pendant ce temps, la patiente vue juste avant gémit de douleur. L'infirmière dit: « Dr Gimre, cette patiente souffre vraiment, je pense qu'elle est en train d'expulser ». Dr Gimre : – C'est "incomplet" ou quoi? Expulser quoi? L'infirmière répond: « le fœtus, l'étudiante a dit que c'est "incomplet" », le Dr Gimre va la revoir, lui dit de se rallonger sur le dos, elle a sa carte d'identité collée sur la tempe, il lui enlève et retouche son abdomen, il dit que l'utérus a l'air normal.

Le prochain dossier est celui d'une femme de 27 ans qui vient de la clinique Block 9, elle saigne après avoir accouché deux semaines plus tôt (par césarienne). Le médecin l'examine et l'admet en service de gynécologie.

Dr Gimre prend le prochain dossier et s'exclame "encore ! C'est la quatrième à la suite!" Il s'agit d'une femme de 30 ans, aménorrhée de 3 mois. Dr Gimre lit tout haut son dossier bleu (obstétrique) qui précise qu'elle "a été diagnostiquée avec un "avortement menacé" le 18 mars, PMTCT: code 2³³⁶ [VIH négatif]". Il dit: "Je vais l'admettre. Allons la voir". Dr Gimre lui pose trois questions concises : êtes-vous enceinte ? Oui – Et maintenant vous saignez ? - oui. Il ausculte son abdomen mais n'effectue pas d'examen gynécologique.

(Carnet de terrain, Observations aux Urgences, samedi 7 avril 2007)

Cet extrait de carnet de terrain *in extenso* montre comment les questions liées à la reproduction – en lien ou non avec le VIH - et en particulier l'avortement se sont immiscées dans les recherches que je menais sur la prise en charge du sida. J'ai envisagé la prise en charge des suites d'avortement comme une manière d'analyser les hiérarchies de pouvoir et les enjeux moraux qui sont mobilisés, en somme comment la société entrevoit les questions liées à la reproduction et comment la société prend soin de la santé des femmes. Comme le note François-André Isambert dans le cas français et malgré sa légalisation, l'avortement reste un choix et un acte problématique : « en tant qu'objet conflictuel, l'avortement se trouve au cœur d'une série de tensions autour des conceptions de la vie,

³³⁵ Quartier pauvre de Gaborone, où résident de nombreux immigrés.

³³⁶ Les soignants indiquent dans les dossiers "code 1" pour séropositif au VIH et "code 2" pour séronégatif, pratique datant de la période précédant les antirétroviraux, durant laquelle les patients n'étaient pas nécessairement informés de leur statut par rapport à l'infection à VIH.

des rapports entre le droit et la morale, de l'éthique sexuelle, du statut de la femme, de la rationalité des décisions procréatives, du côté du rôle de l'institution médicale » (Isambert 1982, 380). Ce sont les raisons pour lesquelles j'ai choisi de m'y intéresser comme un objet autour duquel les frontières morales et politiques de la société sont retravaillées. Même dans les pays du Nord où il a été légalisé, l'avortement continue de cristalliser d'intenses conflits moraux et politiques. La légalisation ne signifie pas la disparition des pratiques discriminantes, des discours désapprobateurs ni de la lenteur et des dysfonctionnements dans la prise en charge y compris lors d'interruption de grossesse à caractère thérapeutique³³⁷. Mais en Afrique en particulier, l'avortement est partout criminalisé et il n'est pas considéré comme problème relevant de la santé publique.

Le choix méthodologique opéré au début de l'enquête qui consistait à commencer les observations au service des Urgences m'a confrontée à l'ampleur des enjeux de santé lié à la fin de grossesse et j'ai eu à cœur d'en rendre compte dans le contexte d'une épidémie de sida généralisée³³⁸. Il existe peu d'études qualitatives et quantitatives sur l'avortement à l'hôpital en Afrique. Mais, en raison de son incidence sur la mortalité maternelle, l'avortement émerge comme une préoccupation sanitaire à l'échelle du continent, notamment autour de l'OMS³³⁹. Agnès Guillaume note que les conditions de l'étude de l'avortement en Afrique sont difficiles, du fait de la pénalisation et de son invisibilité sociale et politique, et les rares études quantitatives comportent des biais et des limites³⁴⁰. Les études en démographie réalisées sous l'égide de l'IRD notamment en Côte d'Ivoire (Desgrées Du Loû et al. 1999) ou à l'échelle du continent (Guillaume et Molmy 2004) montrent que l'avortement provoqué est un phénomène récent à cette échelle, en nette augmentation et atteignant désormais des niveaux comparables à ceux des pays du Nord (où l'avortement est légalisé), à savoir autour de 20 avortements provoqués pour 100 grossesses. L'avortement contribue à la baisse de la fécondité observée en Côte d'Ivoire à partir des années 1980 et à travers l'ensemble du continent (Desgrées du Loû et al, 1999). Attribuée à de faibles niveaux d'utilisation de contraception, la généralisation de l'avortement est considérée, en termes démographiques, comme un outil d'espacement, de limitation ou de régulation de leur fécondité pour les femmes, utilisé de façon alternative ou complémentaire à la contraception, surtout en milieu urbain. L'avortement se trouve donc pris dans la contradiction d'un phénomène condamné légalement et socialement tout en étant de plus en plus connu et dont les conséquences se répercutent sur la santé des femmes (du fait des complications morbides, principalement hémorragie ou septicémie).

Au Nord, cet objet a été bien étudié sous l'angle de ses enjeux moraux et politiques (Memmi 2003), et, plus récemment, l'étude menée par Luc Boltanski inscrit l'avortement comme constitutif

³³⁷ Témoignages d'expériences en France, recueillies dans mon milieu d'interconnaissance.

³³⁸ Rappelons que selon l'OMS et l'ONUSIDA, une épidémie généralisée correspond à une prévalence du VIH supérieure à 3% chez les femmes (indicateur pris comme représentatif de la prévalence parmi la population adulte, voir: Rapport mondial sur l'épidémie de sida, ONUSIDA, 2002.

³³⁹ Voir notamment le rapport publié en 2008 par l'OMS : « Unsafe abortion: global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality » et la publication dans le Lancet à la suite de cette étude (Sedgh et al. 2012)

³⁴⁰ Voir les limites expliquées par A. Desgrées du Loû et al, 1999 au sujet de l'enquête par questionnaire réalisée à Abidjan parmi les consultations prénatales et dans le cadre de l'essai DITRAME (Diminution de la Transmission Mère-Enfant) financé par l'ANRS.

d'une grammaire de l'engendrement permettant de distinguer les êtres engendrés par la chair de ceux qui sont confirmés par la parole (2004). Mais au Sud, l'avortement a été étudié essentiellement par des démographes et des épidémiologistes comme une question relevant de la « santé maternelle et infantile », peu d'études en science politique ou en sociologie en ont rendu compte en cherchant à prendre toute la mesure du contexte sociopolitique et législatif dans lequel il s'inscrit (Bajos et Ferrand 2006, 6). L'avortement est non seulement un objet sociologique multidimensionnel et conflictuel dont l'étude demeure problématique (Isambert 1982, 380)³⁴¹ mais il est également difficile à saisir par l'enquête ethnographique³⁴² d'où l'intérêt de l'étude de sa gestion dans le temps des interactions hospitalières. En effet, plutôt que d'analyser l'expérience et le parcours de soin³⁴³ des femmes ayant subi un avortement je propose de montrer comment, dans le temps de leur prise en charge hospitalière, se redéfinissent les contours de la citoyenneté, de l'appartenance et des rapports de genre. Comment les soignants prennent soin de ces femmes, en particulier des femmes zimbabwéennes, qui ont recours à la médecine hospitalière au moment où se présentent des saignements abondants et des douleurs intenses douleurs³⁴⁴ ? En quoi les patientes sont-elles traitées différemment dès lors qu'il s'avère qu'elles sont étrangères ? Comment la société botswanaise problématise-t-elle l'interruption de la grossesse dans un contexte d'épidémie de sida généralisée ?

Entre routines médicales et désapprobation morale

Lorsqu'ils inscrivent leur diagnostic sur la carte médicale des Urgences, les médecins notent : « avortement menacé » (saignements modérés et col non dilaté), « avortement imminent » « avortement inachevé (incomplet) » ou « rétention de produits de conception », parfois ils utilisent le mot de « fausse couche » (*miscarriage*) pour qualifier une fin de grossesse supposée non intentionnelle. Rarement ils constatent l'existence d'un « avortement complet » (lorsque tous les produits de conception expulsés de l'utérus ont été identifiés ce qui n'est possible qu'après le curetage). Enfin « avortement septique » désigne un avortement compliqué par une infection de l'utérus. Le mot « *abortion* » s'est toutefois imposé pour qualifier l'acte physique d'expulsion d'un fœtus non viable qu'il soit intentionnel ou non. Mais ce terme, à la différence de *miscarriage*, est porteur de jugements portés sur lui en tant que pratique disqualifiée socialement. Cette absence de définition stable et l'usage de ces différentes déclinaisons atteste néanmoins de l'existence d'un

³⁴¹ Il est difficile d'étudier l'avortement indépendamment des jugements portés sur lui. Isambert montre (dans le cas français de l'immédiat après légalisation) quatre axes conflictuels d'étude de l'avortement : 1) homicide ou opération chirurgicale ? 2) catastrophe démographique ou moyen de régulation des naissances ; 3) léau social ou problème d'hygiène public ; 4) perversion sexuelle ou expression du droit des femmes (1982).

³⁴² La plupart des études sur l'avortement s'appuient sur le récit des femmes qui apporte des éléments de compréhension sur la biographie, l'inscription sociale de l'avortement. La prise en charge à l'hôpital complète ces études en offrant un point de vue spécifique sur le traitement des femmes par les soignants.

³⁴³ Il existe des études dans le cas français (voir le numéro de la Revue Française de Sociologie dirigé par Isambert (1982) ou le numéro de Sociétés contemporaines dirigé par N. Bajos et M. Ferrand (2006). En Afrique, voir par exemple les travaux de Clémentine Rossier au Burkina Faso (2007).

³⁴⁴ Les seuls Zimbabwéens que j'ai vu à l'hôpital étaient soit des cadavres ("Brought In Dead" BID), ou des femmes venant pour les suites d'un avortement. Pour toutes les autres pathologies il semble que les immigrés zimbabwéens évitent une consultation à l'hôpital considérée comme trop coûteuse et trop risquée.

ensemble de tensions autour de cette question de santé qui ne fait pas l'objet d'une problématisation en tant que telle par les pouvoirs publics. En m'intéressant à la prise en charge des avortements ou des fausses couches (que j'utilise de façon équivalente) je ne cherche pas à statuer sur l'intentionnalité de l'acte (à l'aveu qui est fait ou non par la patiente et sur lequel elle peut d'ailleurs revenir), mais uniquement à sa prise en charge par les soignants, aux affects qu'il mobilise, à la disponibilité des soignants, aux pratiques d'évitement, etc. afin de montrer combien sa gestion relève de la définition au quotidien, des frontières de la communauté nationale et morale.

La fréquence de la prise en charge et la lassitude des soignants

Lorsqu'une patiente se présente avec des saignements vaginaux, les médecins, aux Urgences, constatent aisément qu'il s'agit d'un avortement et exécutent les gestes nécessaires, rapidement. Leur intervention consiste à vérifier ce qui a été inscrit dans le dossier par l'infirmière de l'accueil (*triage*) : la date des dernières règles, la présence de saignements, ce qu'un coup d'œil suffit parfois à confirmer. S'ils l'estiment nécessaire, les médecins pratiquent un examen vaginal afin de constater l'existence d'une grossesse, d'évaluer l'état du col de l'utérus et des saignements. Lorsqu'ils sont en mesure d'affirmer qu'un fœtus a été expulsé, qu'une infection par l'odeur fétide est avérée, ou que les saignements sont trop abondants, les médecins se dispensent de l'examen vaginal. D'autres fois, c'est le dégoût qui les en dissuade. Ainsi Dr Oluyemi, après avoir lu dans le dossier d'une patiente la présence de verrues vaginales, d'une maladie sexuellement transmissible et d'une atteinte du col de l'utérus, note que la patiente n'a pas été examinée au dispensaire et décrète qu'elle ne souhaite pas non plus « mettre les mains là-dedans » car elle ne « croit pas en la protection du latex » (observations, 23/2/07). Ensuite, les médecins orientent les patientes vers le service de gynécologie en recommandant soit une échographie, soit un « nettoyage »³⁴⁵.

D'après le registre tenu aux Urgences (*admission book*) dans lequel l'infirmière en chef consigne pour chaque période de 24h l'ensemble des patients ayant été admis dans les services, les admissions en service de gynécologie, pour un contrôle ou pour un curetage concernaient : 6 patients (hommes et femmes) sur 26 admis le 2 mars ; 4 sur 37 le 4 mars ; 9 sur 33 le 5 mars (3 sur 10) ; 5 sur 30 le 7 mars (1 sur 6) ; 5 sur 26 le 27 mars (1 sur 5) ; 5 sur 29 le 28 mars. En moyenne, un patient admis à l'hôpital sur cinq est une femme qui est vue pour les suites d'un avortement, une fréquence que Dr Oluyemi présente ainsi :

Quand j'étais aux Urgences, on avait constaté que pendant chaque garde de huit heures, un médecin avait au moins six « saignement vaginal » (« PV bleeding ») (Retranscription d'entretien, Dr Oluyemi, 30/1/2008).

Les suites des avortements constituent l'essentiel des admissions en service de gynécologie et dépassent le VIH/sida en tant que cause directe d'admission dans les services hospitaliers. Cela confirme une tendance répandue en Afrique subsaharienne : les complications d'avortement représentent 27 à 60 % des admissions dans les services de gynécologies des pays africains³⁴⁶. Les

³⁴⁵ Le mot *cleaning* est employé aux Urgences et l'expression *evacuation* en service de gynécologie pour désigner un curetage.

³⁴⁶ Voir la bibliographie sur l'avortement (Une revue de la littérature des années 1990 à nos jours) en Afrique réalisée en 2004 sous la direction d'Agnès Guillaume (IRD Ceped), avec la collaboration de William Molmy.

corrélations éventuelles entre l'infection à VIH et la fin d'une grossesse sont-elles considérées dans le continent où le VIH enregistre les taux de prévalence les plus élevés ?

Avortement et VIH : une causalité rejetée

A l'évocation du service de gynécologie dans lequel elle travaillait de 2001 à 2005, Filwe, infirmière au centre ARV s'exclame : « Tu as vu ? Tous ces avortements et évacuations³⁴⁷ ? ». Filwe est l'une des rares soignantes à penser le lien entre la séropositivité au VIH et une plus forte incidence des avortements spontanés. Lorsque dans notre discussion, nous envisageons cette corrélation entre le statut VIH et la possibilité d'une terminaison prématurée de la grossesse, elle dit :

Mais évidemment c'est lié ! Oui ! Même pour les prématurés, il y a un lien ! Avec quelqu'un qui a des CD4 inférieurs à 200, disons des CD4 de 80 comment peux tu espérer que cette grossesse dure neuf mois ? Donc je pense qu'il y a un lien. Je l'ai réalisé quand je suis arrivée ici (*au centre ARV*) certains de ces avortements, ce n'est pas juste parce que cette femme voulait se débarrasser de sa condition (Retranscription d'entretien, Gaborone, 29/1/2008).

Les médecins n'associent généralement pas l'avortement à l'infection à VIH. Ils l'entreviennent comme un problème récurrent, qui a de tout temps concerné la société et occupé les soignants à l'hôpital. Selon eux, les femmes ne se protègent pas suffisamment, n'utilisent pas de moyens de contraception. Lorsque je demandais aux médecins si le VIH ne pouvait pas entraîner la terminaison de grossesse, ils répondaient négativement :

Non, pas vraiment. Cela a toujours été là. Même quand j'étais au service des Urgences (quelques années auparavant), on avait ça (Notes d'entretien Dr Gaolathe, directrice du centre ARV, responsable du programme BHP-PEPFAR, Gaborone, 31/1/2008).

Honnêtement, beaucoup d'avortements sont provoqués, mais sinon 10 à 15% des grossesses finissent en avortement (*spontané*) dans les premières semaines (Notes de conversation, jeune médecin, femme, service des Urgences, 1^{er} mars 2007).

De même pour Dr Mabe, du service de gynécologie, 15% des conceptions se terminent en avortements sans même parfois que la femme ne le remarque. Il reconnaît qu'il y a beaucoup d'avortements clandestins, les femmes vont chez un praticien privé qui fait cela même s'il connaît les risques, ou elles le font elles-mêmes en insérant quelque chose ou en avalant des cachets (*du stomato*, contre les douleurs abdominales, en vente dans les pharmacies). Selon les soignants, il y a des périodes dans l'année (avant Noël, avant Pâques, au moment où les familles se retrouvent, où les citadins rentrent au village) où les suites d'avortements sont plus nombreuses à l'hôpital. D'après le responsable du service de gynécologie, son service est complètement débordé par le nombre de curetages à réaliser à certaines périodes de l'année, ce qui atteste du caractère provoqué de ces avortements: « les femmes veulent s'en débarrasser avant Noël » (Notes d'entretien, Dr Macek, 1/2/2008).

Voir : <http://www.ceped.org/avortement/switch.html> (10/4/2012).

³⁴⁷ Le terme utilisé par les soignants (Urgences, service gynécologie) est « évacuation » mais il correspond à la pratique de Dilatation et Curetage (D&C) : dilatation du col de l'utérus (nécessaire uniquement pour expulser un fœtus dont la mort a été constaté après une échographie) suivie par le nettoyage des parois de l'endomètre afin de retirer, au moyen d'une curette l'ensemble des tissus.

L'infection à VIH a été étudiée en relation avec une baisse de la fécondité parmi les femmes séropositives au VIH qui pouvait avoir plusieurs causes possibles dont l'avortement spontané. Dans les années 1990, les démographes envisageaient la façon dont le VIH remettait en cause les transitions démographiques amorcées dans certains pays³⁴⁸ (Zaba et Gregson 1998; Gray et al. 1998; Desgrées Du Loû et al. 1999; Ferry 2007). Les recherches sur la fécondité et le VIH ont cependant pu montrer une moindre fertilité et une moindre fécondité des femmes séropositives due à une perte fœtale directement liée à l'infection à VIH ou à une co-infection avec une maladie sexuellement transmissible (Gregson, Zaba et al., 1998). La fécondité relativement moins élevée chez les femmes séropositives impliquait d'ailleurs un biais de sous-estimation dans les enquêtes de surveillance dans les consultations prénatales où ces femmes ne sont pas toutes comptabilisées, un problème relevé par Zaba et Gregson (1998) et par Glynn et al. (2000). Du reste, ces études sur la fécondité souffrent d'un biais comportementaliste mettant l'accent sur les comportements sexuels au détriment d'études biomédicales approfondies sur la façon dont le virus amoindrit les chances de mener une grossesse à terme. Elles confirment également la sur-sexualisation de l'épidémie, focalisée sur les comportements sexuels plutôt que sur les déterminants sociaux ou les susceptibilités biologiques qui pourraient expliquer la fin de grossesse³⁴⁹.

L'étude du lien entre le VIH et la reproduction s'est aussi amplement intéressée à l'étude de la réduction du taux de transmission du VIH de la mère à l'enfant, enjeu biomédical qui domine le champ de la santé de la reproduction en lien avec le VIH focalisé sur l'impératif de sauver l'enfant. Ainsi, en dehors du prisme de la PTME, le lien entre VIH et fin de grossesse demeure impensé. L'investissement scientifique est concentré sur les facteurs biologiques ou cliniques liés à la PTME, tandis qu'au niveau local, ce sont les mœurs débridées des filles qui sont incriminées dans la problématisation de la fin de grossesse. Ce discours désapprobateur déplore également que les jeunes filles continuent d'avoir des relations sexuelles extra maritales pour « prouver leur fertilité », un acte qui participe de la construction de l'identité des femmes dans la société Tswana face au spectre de la stérilité qui nie l'existence sociale (Schapera 1933; Upton 2003). A Gaborone, l'avortement est considéré comme un « fléau social », placé sur le même plan que l'alcoolisme ou les accidents de la route. Il n'est pas envisagé comme une conséquence du VIH ou lié à d'autres questions de santé ni, *a fortiori*, entrevu dans une réflexion sur les rapports sociaux de genre et la moindre capacité des femmes à se protéger.

Nakeledi : gardée en vue, gardée en vie

Au mois de février 2007, une jeune femme de 19 ans que j'appelle Nakeledi a été prise en charge aux Urgences. Elle vient du quartier populaire Old Naledi et est arrivée pour des saignements et de fortes douleurs abdominales. Lorsque Dr Nurrudin l'examine elle se tort de douleurs et gémit.

³⁴⁸ Rappelons que la « transition démographique » désigne les phénomènes liés à la baisse de la mortalité puis la baisse de la fécondité, l'accumulation du capital et la croissance économique.

³⁴⁹ Comme le montre Eileen Stillwaggon (2003), les travaux en démographie sur le sida en Afrique (notamment ceux des démographes australiens Pat et John Caldwell) ont durablement inscrit l'idée d'une sexualité africaine spécifique (et universelle à l'échelle du continent) constituée en terreau de propagation du sida. Ces études ont contribué à l'ancrage du paradigme comportemental dans les études sur le sida en Afrique et les programmes de lutte contre la maladie et conduit à des études comportementales.

Le médecin effectue l'examen très doucement, il constate que le col est fermé et précise à cette jeune patiente que le fœtus essaie de descendre ce qui provoque de violentes et douloureuses contractions. Par ces propos il écarte subtilement la question de l'acte intentionnel (c'est le fœtus qui essaie de descendre). La jeune fille a l'air paniqué et souffre intensément. Le médecin vient lui apporter des antalgiques qu'elle avale et il l'admet en service de gynécologie. Une fois dans le service de gynécologie, une jeune externe procède à son admission (par une série de questions). Un examen est pratiqué qui confirme ce que Dr Nurrudinh disait quelques instants plus tôt. L'externe prescrit des antibiotiques afin d'arrêter les contractions et précise qu'une échographie sera faite le lendemain afin de contrôler la viabilité du fœtus.

De ce jour mercredi, au mardi suivant, je suis passée voir Nakeledi tous les jours, elle dit qu'elle va bien mais qu'elle n'a toujours pas fait l'échographie, se demande pourquoi et déplore le « peu de service » qu'il y a ici « si encore il y avait la télévision, on s'ennuie », soulignant par là l'absurdité de ce séjour prolongé. Le vendredi les soignants lui ont dit qu'« il y a quelque chose à l'intérieur mais que l'on ne sait pas si c'est mort ou vivant ». Elle me dit : « encore aujourd'hui ils n'ont rien fait donc je dois attendre la semaine prochaine, c'est pénible ! ». Son petit ami passe la voir tous les jours aussi. Elle n'est pas inquiète, mais regrette d'être contrainte de rester dans le service. Le lundi elle m'écrit par sms « Je vais laisser tomber car j'attends toujours cette écho, je ne pense pas que cela arrivera aujourd'hui ». Pour le service de gynécologie obstétrique, il y a un appareil d'échographie et en état de marche, la clé est disponible (conversation avec Dr Tonda, gynécologue) mais dans ces cas de figure, les médecins en charge dans le service effectuent les tâches qu'ils considèrent plus urgentes et ont tendance à délaisser ce type d'actes considérés comme secondaires. Peut-être savent-ils (et Nakeledi aussi?) que la grossesse est d'ores et déjà terminée, que ce n'est pas la viabilité du fœtus qu'il faut vérifier, mais l'absence de « restes » dans l'utérus. Le mardi je ne la trouve pas dans son lit, elle est partie faire une échographie dans un cabinet privé. Cela lui coûtera 240 pulas, payés par sa mère qui est employée à Air Botswana (et bénéficie à ce titre d'une couverture maladie qui lui permet de recourir aux cabinets privés). Au téléphone, elle demande de venir la chercher. Elle me fait part des résultats de l'échographie : « l'utérus est plus grand mais il n'y a rien ». Elle concède qu'avant de venir aux urgences, elle avait perdu quelque chose de la taille d'un poing. Je dépose Nakeledi à l'hôpital ; elle y reste jusqu'au lendemain munie d'un rendez-vous pour un contrôle la semaine suivante³⁵⁰. (Observations Urgences et service Gynécologie, 7 au 13 février 2007).

Il n'a jamais été question de « se débarrasser » de cette jeune patiente, comme dans les cas exposés après. Il y a un lit disponible et en dehors de la prise de température et des médicaments, cette patiente ne requiert pas de soins spécifiques. Mais elle est gardée dans le service. C'est elle qui fait la démarche qui lui permettra de pouvoir en partir, en allant chercher en dehors de l'hôpital la réponse aux questions qui l'empêchaient de sortir. Elle a prévenu l'équipe soignante, leur a dit qu'elle avait les réponses à ses questions et ils ont autorisé sa sortie avec un rendez-vous d'échographie de

³⁵⁰ Je la reverrai à deux reprises pour parler d'elle, de sa scolarité et de ses projets. La dernière fois que je l'ai vue elle avait quitté son petit ami, elle était « passée à autre chose ». J'ai regretté, avec plusieurs de mes informatrices de n'avoir pu maintenir un lien plus étroit. Certaines ont déménagé et n'ont pas donné de nouvelles. J'ai moi aussi déménagé pour ne revenir que pour de courts séjours moins propices à l'entretien de ce type de relations.

contrôle.

La prise en charge de Nakeledi montre que l'avortement (provoqué ou non) et la gestion de ses suites se sont installés dans les routines des pratiques des soignants sans être transformée en problème de politique de santé. La proposition d'un dépistage du VIH n'est pas entrée dans cette routine et n'est pas systématiquement proposé (alors que la politique de dépistage du VIH en routine y invite pourtant les soignants (chapitre 8). Dans le cas de Nakeledi, c'est elle qui l'a explicitement demandé (sur sa carte aux Urgences, l'infirmière avait inscrit « la patiente est volontaire pour un test du VIH ») et elle m'annoncera (la semaine suivante) son résultat négatif en se disant très fière. Le système de santé est donc préparé et disposé à prendre soin de ces jeunes filles dont la grossesse s'achève: les soignants, bien qu'exprimant parfois un peu de dégoût ou de lassitude y contribuent, posent un premier diagnostic aisément, orientent dans un service quasi dédié à cela (salle spécifique appelée « *evacuation room* »). Cependant, les contraintes structurelles liées à la gestion du service, l'éthos des soignants et du service de gynécologie, entraînent des délais importants pour obtenir une échographie. Nakeledi n'était pas en danger immédiat, elle est gardée sous surveillance ce qui lui permet de prendre des initiatives, d'exercer sa capacité à dépasser les limites du système de prise en charge (demander un test VIH, procéder à une échographie dans le système privé de santé). D'autres patientes n'ont pas ces possibilités et sont rapidement conduites vers la sortie.

Grace : une double exclusion légale et morale

Le 7 mars 2007, Grace, 20 ans a été d'abord vue par une infirmière à 9h aux Urgences puis examinée très rapidement par un médecin à 9h05, elle se tortille de douleur et prévient que « de l'eau coule ». Dr Nurrudin remplit le dossier pour « rupture prématurée des membranes », une infirmière prépare son admission et vient dire au médecin « elle saigne ». L'infirmière chef (responsable des infirmières du service) entend cela et dit d'un air dégouté : « ah, elle va le sortir, elle va le faire ici » et ordonne à deux jeunes infirmiers stagiaires de nettoyer vite sous la supervision de l'infirmier Justin. Un fœtus de 15-20 cm a en effet été expulsé et demeure quelques instants entre les jambes de la patiente. Le cœur du fœtus bat encore. La patiente demande : « c'est un garçon ? », l'infirmière lui répond « allonge toi, il te dira ». L'infirmière chef demande à Justin d'aller peser le fœtus et m'explique que s'il est supérieur à 500 g la patiente doit l'emporter et l'enterrer. Celle-ci demande d'ailleurs à l'infirmier de faire en sorte de le peser à un peu moins de 500g pour éviter d'avoir légalement à le lui confier. Elle me dit préférer que l'hôpital s'en charge, de crainte que la patiente ne le jette dans une poubelle de l'hôpital, la responsabilité pourrait alors leur être assignée. L'infirmière s'impatiente, demande à la patiente d'où elle vient (elle répond où elle habite, « Block 9 » qui désigne un quartier pauvre où vivent de nombreux immigrants) et lui dit en cherchant du regard un acquiescement de ma part: « ce bébé, il ne vivra pas, même en France il ne vivrait pas ». Dès que tout est nettoyé et au plus vite, la patiente est admise en service de gynécologie.

En Gynécologie, la patiente est accueillie par une infirmière zimbabwéenne qui lui parle en shona³⁵¹ ; pendant ce temps les autres soignants dont Dr Tonda, devisent en évoquant les immigrants illégaux congolais qui, une fois expulsés de Zambie, franchissent aussitôt la frontière. Pendant plus d'une heure l'infirmière (Lona) cherche le médecin en charge des nouveaux patients³⁵². Thabo est celui qui s'en occupera avec Sally (deux jeunes médecins botswanais internes). Lorsque Thabo demande à Grace si elle sait ce qui va se passer elle répond « ils vont nettoyer ». Pendant qu'ils procèdent au curetage, Dr Tonda vient dans la salle d'opération et raconte, en anglais, qu'il vient d'accoucher des jumeaux dont l'un est mort.

³⁵¹ Le shona est la langue couramment parlée au Zimbabwe.

³⁵² Il y a en service de gynécologie (et en médecine interne) plusieurs équipes qui ont des missions différentes selon le calendrier : l'une s'occupe des admissions, l'autre des *rounds* dans le service, l'autre des accouchements.

A ce moment, une infirmière m'interpelle pour me demander ce que je fais ici et si j'ai une autorisation de recherche. Elle me dit qu'on aurait dû prévenir tout le service de ma visite. Je lui propose de lui amener mes permis de recherche (du ministère de la santé, de l'hôpital) que j'aurais désormais toujours sur moi. Dans le même temps se pose la question de l'autorisation pour cette patiente qui ne peut signer le formulaire de consentement qui est nécessaire pour procéder à l'intervention et à l'incinération du fœtus car elle est trop jeune (21 ans est l'âge légal). L'un des soignants décide d'utiliser un formulaire pré-signé par le directeur de l'hôpital. (Observations Urgences et service de gynécologie, 7/3/2007)

Cette scène donne à voir le complet dénuement de la patiente ; elle n'a rien qu'une paire de tongs en plastique et un billet de 10 pulas, probablement la monnaie qui lui reste après avoir acquitté son entrée à l'hôpital (30 pulas pour les non-citoyens³⁵³) ; dénuement physique, exposition de son corps sur le brancard duquel coule une flaque d'urine qui mettra plus d'une heure à être nettoyée ; dénuement social : elle n'a personne à appeler lorsqu'il est question de faire venir quelqu'un de sa famille pour signer à sa place. Dans le service, son cas ne fait l'objet d'aucune mobilisation de la part des soignants sauf de l'infirmière zimbabwéenne qui vient d'arriver, ne parvient pas à mobiliser un médecin avant un long moment, et déplore n'avoir pas été aidée. L'infirmière zimbabwéenne n'agit pas « en solidarité », elle vient d'arriver et s'efforce d'adopter une attitude professionnelle irréprochable.

La suspicion de l'origine zimbabwéenne de la jeune femme oriente tout le déroulement de la scène. Dans le service de gynécologie, la présomption sur le fait qu'elle ne va pas pouvoir payer, qu'elle ne peut pas signer le formulaire ; aux Urgences qu'elle allait emporter le fœtus. Le service des Urgences puis de gynécologie gère le problème médical, comme une routine, expédiée mais traitée. En revanche, le fait que certaines de ces femmes soient étrangères, zimbabwéennes, en fait un facteur discriminant et entraîne un traitement différentiel notamment au niveau des droits. Le fait de ne pas comprendre la langue, ce qui, en vertu du code de la nationalité botswanaise (*Citizenship Act*) ne peut pas permettre l'attribution de la nationalité, dépossède du droit de signer un formulaire de consentement. Grace se voit déniée de tout droit, ni sa langue (le formulaire est en setswana), ni son âge ne l'autorisent à signer l'autorisation d'intervention médicale, ce qui explique le recours à un formulaire pré-signé par le directeur de l'hôpital.

Le traitement de Grace met en scène les représentations communes, dans la société botswanaise, envers les zimbabwéens. La nationalité zimbabwéenne est associée à des stéréotypes de vol (pour les femmes, domestiques) et de violence (pour les hommes) (Campbell 2003; Nyamnjoh 2006). L'infirmière en chef du service des urgences imagine que Grace va emporter le petit fœtus et le jeter dans une poubelle. Ayant dit cela l'infirmière contourne le règlement, ce qui est particulièrement inhabituel étant donné la culture bureaucratique marquant la profession. Dans leurs interactions et leurs pratiques, les soignants expriment un sentiment xénophobe qui se diffuse à l'échelle de la région, à l'égard des immigrés zimbabwéens. Arrivés dans les pays voisins, en Afrique du Sud et au

³⁵³ Les étrangers peuvent s'y présenter mais des frais plus élevés leur sont demandés pour une consultation aux Urgences (30 pulas pendant mon enquête et 60 pulas par nuit pour une hospitalisation, environ 10 euros). Les frais hospitaliers ont été augmentés pour les citoyens (mais demeurent très bas) et pour les étrangers (80 pulas pour la consultation d'entrée à l'hôpital, environ 12 euros) d'après la circulaire "Payment of Health Service Fees", ministère de la santé, 4 avril 2012. Une fois hospitalisés, les citoyens ne paient plus rien, à moins qu'ils ne souhaitent résider dans les "private wards", quelques chambres seules disponibles dans l'hôpital pour les citoyens aisés qui n'ont pas fait le choix d'aller à l'hôpital privé de Gaborone (Gaborone Private Hospital, membre du groupe sud-africain Life Healthcare). Le secteur privé fournit au Botswana à peu près 10% des services de santé.

Botswana en particulier à mesure que l'économie zimbabwéenne s'effondrait dans les années 1990-2000, les Zimbabwéens ont été progressivement associés à des préjugés négatifs qui ponctuent désormais les conversations comme un fait relevant du sens commun jusqu'aux opinions racistes. Un jeune homme blanc d'origine serbe ayant la nationalité botswanaise, m'avait ainsi demandé la nationalité de la nounou que j'employais et m'avait dit « bon ça va, elles travaillent dur, elles sont propres mais elles volent »³⁵⁴. Ce résumé concis et raciste exprime tout un ensemble de tensions raciales, de classe et de genre qui opère dans le traitement des femmes zimbabwéennes. Celles-ci sont exploitables, pour le confort de l'employeur mais celui-ci s'en méfie et exerce un contrôle étroit. Des violences sporadiques ont éclaté mais les Zimbabwéens résidant au Botswana n'ont heureusement pas été l'objet de violence généralisée comme celles que l'Afrique du Sud a connu lors des épisodes sanglants de violences xénophobes au printemps 2008 (Wa Kabwe-Segatti 2008).

Marylin que j'ai présentée dans le chapitre précédent ne se démarque guère de ce sentiment généralisé. Lorsqu'elle cherche à remplacer sa *maid* dont elle dit qu'elle « ne faisait plus rien » et qui a fini par quitter son travail, Marilyn invoque plutôt un souci d'interconnaissance. Elle dit qu'elle préférerait « une motswana, pas une zimbabwéenne car parfois elles ne sont pas bien et il faut s'occuper d'un permis de travail mais si tu connais ça va, mais pas quelqu'un que tu trouves comme ça dans la rue. Imagine qu'elle parte avec mon enfant ? ». Cette panique d'une personne capturant un enfant (qui rappelle, la crainte du fœtus jeté à la poubelle dans le cas de Grace) doit être ici mise en perspective avec la réussite de la procédure d'adoption de Marilyn qui vient de se voir confier la garde d'un enfant. Du reste ce sentiment est lié au phénomène plus structurel de crainte et de confusion entre le travail de soin des enfants des *maids* et les rumeurs de vols. Francis Nyamnjoh a étudié les domestiques employées en Afrique du Sud³⁵⁵ et au Botswana (2005 et 2006). Ce chercheur voit dans les relations entre les femmes employeurs botswanaises et leur *maid* zimbabwéenne une forme d'ultra-exploitation et de zombification réciproque (2005). La méfiance généralisée des employeurs envers les *maids* botswanaises les amènent à les priver de tâches à accomplir tandis que le statut d'immigrantes souvent illégales des *maids* zimbabwéennes, anonymes, autorise des pratiques de sur-exploitation et de déshumanisation qui, en retour, suscitent des pratiques de résistance quotidienne³⁵⁶.

J'ai utilisé l'avortement comme une photographie violente des enjeux de soin et des rapports de pouvoir, de genre et de nationalité. Ces enjeux se compliquent, dans le cas de Maria, avec la question de la judiciarisation du soin, la présence des représentants de l'ordre accompagnant les femmes

³⁵⁴ « Ok, they are hard workers, they are clean but they are thieves », discussion avec un botswanais d'origine serbe, lors d'un concert à Gaborone en juin 2007.

³⁵⁵ Pour une histoire de la domesticité en Afrique du Sud voir l'ouvrage de C. Coquery-Vidrovitch (1994, 178-183).

³⁵⁶ Ces pratiques de résistance quotidienne sont bien étudiées dans d'autres contextes. Nyamnjoh décrit certaines de ces pratiques : petits vols, utilisation abusive du téléphone de la maison pour appeler à l'étranger, extravagance dans la consommation d'eau, d'électricité ainsi que d'autres stratégies (provocations, retards, séduction du mari, rumeurs). C'est en analysant cela avec une très importante distance que je peux désormais comprendre pourquoi malgré nos efforts pour nous démarquer des discours ambiants, nous avons vécu les mêmes pratiques de résistance avec la dame zimbabwéenne que nous embauchions pour garder notre fille.

accusées d'avoir procédé à un avortement.

L'avortement en pratiques : pénalisation et rapports sociaux de genre

Maria : la criminalisation au cœur de la prise en charge

Mercredi 18 avril 2007, aux Urgences, Dr Aisha et une étudiante en médecine vont voir vers 11h45 une femme de 27 ans. Son dossier, une seule carte bleue qui accompagne la carte des Urgences indique : « *Amenée par la police pour avoir commis un avortement ... LMP 09/01/07 ; V/E : (...); Foetus et placenta ôtés manuellement; Imp : avortement criminel due à une absorption chimique; Plan: Princess Marina pour évacuation* ».

Service des Urgences

Dr Aisha entre dans le box et cherche à comprendre ce qui s'est passé, pose des questions à la patiente et se retourne vers la policière qui est présente dans le box. La patiente porte un ensemble noir à fleurs blanches et est recouverte par un blouson bleu et vert, elle tremble de tous ses membres et des larmes coulent de ses yeux sans bruit. Je demande aussi ce qui s'est passé en m'adressant à la policière: comment êtes-vous intervenus ? qui vous a appelé ? est-ce la clinique ? la policière répond que c'est « le *public* », je demande qui ? elle dit « des voisins ». Dr Aisha s'interroge : « mais elle a été vue le 13 avril, que s'est-il passé entre-temps ? ». La policière dit qu'elle ne sait pas avec un sourire un peu fautif, elle semble jeune et assez inexpérimentée. La patiente murmure « j'étais en cellule ». Dr Aisha s'apprête à procéder à l'examen, je lui demande discrètement s'il n'est pas possible de faire sortir la policière³⁵⁷, ce qu'elle fait. Une odeur fétide d'infection se dégage de son entre-jambe, une mouche vole autour. Dr Aisha sort rapidement avec l'étudiante pour remplir le dossier, elle conclut à un « avortement septique » en déplorant qu'elle n'ait pas été prise en charge correctement.

Service de gynécologie

Je me prépare à suivre la patiente, je vais lui expliquer et lui demander si elle est d'accord. Au moment de partir avec le porteur vers 12h45, je préviens aussi la policière. Je demande à la patiente si ça va, ce qui s'est passé, pourquoi la police l'a gardée... elle me dit qu'elle a avalé quelque chose en février mais que rien n'est venu, elle ne sait pas qui a appelé la police. Je demande à la policière si ce cas de figure se présente souvent... elle me dit que oui, je demande comment elle va faire pendant que la patiente va être admise à l'hôpital. Elle me répond qu'elle viendra voir chaque jour où cela en est. Arrivés au service de gynécologie : deux médecins sont présents, stagiaires (externes) : les Dr Kenosi et Mashaire. Je leur explique qui je suis, ce que je fais ; ils m'accueillent sans problèmes et n'hésitent pas à répondre à mes questions. Dr Kenosi fait partie de l'équipe qui prend en charge les nouveaux patients tandis que le Dr Mashaire n'est là que pour « superviser ». Tout comme le Dr Mabe, le Dr Mashaire m'explique que 15% des conceptions terminent en avortements sans même parfois que la femme le remarque. Il reconnaît ensuite qu'il y a beaucoup d'avortements clandestins, les femmes vont chez un praticien privé qui fait cela même s'il connaît les risques, ou elles le font elles-mêmes en insérant quelque chose ou en avalant des cachets. Dr Kenosi sort le formulaire de consentement qu'il fait remplir à la patiente, elle se lève, s'assoie, signe là où on lui dit de signer. En lui tendant le papier et en lui disant où signer le Dr Kenosi lui explique brièvement « nous allons procéder au curetage (*evacuation*) mais il y a un risque de forts saignements et donc que l'on ait besoin d'aller au bloc ».

À 13h15 on entre dans la salle d'examen, les médecins et l'infirmière s'installent dans la salle, font passer la patiente sur le « lit » lui font avancer les fesses jusqu'à l'avant et poser les jambes sur les étriers. L'infirmière injecte anesthésie dans la perfusion. Le Dr Kenosi désinfecte le speculum et la curette, et jauge la profondeur avec une autre tige. Tout en faisant cela, il s'adresse, en anglais, à la patiente : « alors as-tu intentionnellement... ? » demande-t-il en mettant ses gants. « J'ai essayé.... mais cela n'a pas marché... » balbutie Maria. « Et maintenant tu es dans le pétrin, tu vas prendre peut être dix ans ! ». Pendant que je suis à l'arrière de la salle, près de la porte d'entrée, le Dr Mashaire me demande ce que je

357

C'est un des rares épisodes où je suis intervenue et que cela a eu des conséquences mais n'altérant pas selon moi le déroulement ultérieur de la scène. Ici, la policière n'était pas près de la patiente mais l'attendait en dehors.

fais, ce que je note. On parle du système de santé botswanais, du manque de personnel, des médecins formés à l'étranger et qui ne reviennent pas... Dr Kenosi me propose de m'approcher pour voir et me demande si j'ai peur de m'évanouir. Il me dit que je ressemble à une américaine. Dr Mashaire m'annonce qu'il vient du Zimbabwe, comme la patiente.

Évacuation

La procédure commence alors que le Dr Mashaire me parle des Kalanga et Dr Kenosi annonce qu'il est Kalanga et que les Kalanga sont les plus intelligents, ne sont pas comme les Tswanas. Dr Mashaire dit surtout qu'ils sont fiers. Dr Kenosi vide successivement deux bols d'urine dans l'évier en renversant un peu par terre, puis dit : « je déteste faire cela, ça sent mauvais ». « Descends ! » dit l'infirmière, « descends, bouge tes fesses ! » ajoute Kenosi sans ménagement. Il commence le curettage, la patiente se tortille un peu sous le coup de la douleur, Kenosi lui demande : « S'il te plaît Mam, pas de mouvements! Relax, relax, et ne pleure pas! Ne bouge pas! ». Le Dr Mashaire sort puis revient et demande au Dr Kenosi: "alors qu'est ce qui sort?" le Dr Kenosi répond, dégouté "du sang, du sang, du sang" puis me dit encore de venir voir, ce que je fais pendant une minute. Les soignants accélèrent le rythme. M. s'occupe de prendre du sang sur le bras gauche de la patiente (le bras droit à la perfusion de sodium puis geoline) pour obtenir le groupe sanguin. Dr Mashaire s'adresse à la patiente : "combien as-tu d'enfants?". La patiente a fermé ses yeux mais continue de souffrir, elle répond vaguement. « Comment peux-tu tuer un enfant ? » interrompt le Dr Kenosi, "bon, il y a trop de sang ici, trop de saignements" poursuit-il l'air inquiet et demande qu'on prépare un litre de sang en cas de nécessité de transfuser. "C'est pour ça que je déteste les avortements septiques", "je déteste la gynéco". Je demande ce qu'il préférerait ; "la radio ou quelque chose comme ça au moins tu es assis tu regardes les radio, c'est tranquille". Devant trop de saignement, Dr Kenosi s'arrête, enlève son tablier et sort, tout le monde sort, je les suis. La patiente reste seule, les jambes écartées. Les deux médecins sont plus loin dans le service, passent un coup de fil. Cela dure au moins 15 minutes.

À 13h50 Dr Bono, médecin du service, arrive lorsque nous sommes revenus dans la salle d'examen. Elle met son tablier, agit vite, avec fermeté, fait un rapide examen manuel puis reprend les mêmes ustensiles. Elle veut le groupe sanguin de façon urgente, finalement à la fin elle ne demandera qu'à faire passer un litre de sang. Dr Kenosi s'occupe de prélever des échantillons qu'il place dans une petite boîte et demande ensuite à l'infirmière de mettre cela dans le formol, en précisant que comme il y aura un procès, ils auront besoin de ce type de choses.

Vers 14h10 et après 10-15 minutes d'intervention décisive, Dr Bono a fini. Elle enlève son tablier et sort de la salle, j'en profite pour me présenter, elle est très aimable, elle a un fort accent, elle est probablement d'origine indienne. Elle se précipite au bureau près de l'entrée pour remplir le dossier, elle s'empresse de rassembler les éléments lui permettant de reconstituer l'historique de cette patiente. Elle signale au Dr Kenosi qui s'est chargé de la patiente jusqu'à son arrivée de bien remplir sa partie du dossier, en particulier tout ce qui a été fait et les horaires car elle lui dit que tous ces détails seront demandés lors du procès. Dr Bono s'adresse à la policière et à une autre infirmière.

14H15. Dr Bono décide d'aller parler à la patiente qui est toujours dans la salle sur le brancard sur lequel elle est venue, couverte d'un drap, l'air épuisée. Elle prend des notes sur un bout de papier plié en 4. Elle parle fermement, n'a pas beaucoup de temps mais veut comprendre ce qui s'est passé et le restituer honnêtement:

« Combien d'enfants avez-vous ? »

« Un »

« Combien de grossesses ? »

« Une » ;

« L'année de naissance de l'enfant ? »

« 2000 »;

« Dernières règles? »

« 9 janvier »

« Saviez-vous que vous étiez enceinte? »

« Non »

« Avez-vous fait un test de grossesse? »

« Non »

La patiente raconte de façon confuse et un peu contradictoire. Dr Bono coupe court :

« Ok si vous voulez me parler je peux essayer de vous aider mais il faut me dire la vérité ».

La porte de la salle d'examen grince et le bruit des ustensiles que l'infirmière est en train de nettoyer dans l'évier juste à côté est très pénible, le Dr Bono lui fait signe de faire moins de bruit. L'infirmière intervient en disant que la patiente a dit tout à l'heure qu'elle avait pris quelque chose. La patiente reprend alors la version initiale en disant qu'elle a pris quelque chose, que rien n'est venu avant le 12 avril quand elle a ressenti de forts maux de tête puis de l'eau est sorti et elle a eu très mal au bas-ventre. L'infirmière dit comme pour informer la médecin: « c'est du stomato, on peut acheter au Choppies³⁵⁸, c'est marqué pour « nettoyer l'estomac » et cela peut provoquer un avortement si on en prend beaucoup ».

« Et le bébé ? » demande Dr Bono « qu'avez vous fait du bébé? »

« Dans les toilettes »

« Avez-vous vu le bébé? Il pendait? »

« Non je ne l'ai pas vu, je suis allée aux toilettes et il est venu là ».

Dr Bono revient au bureau et reprend son compte-rendu sur les feuilles du dossier d'admission et le formulaire de consentement : "13h40 suis appelée pour voir une patiente; H/O a pris des médicaments traditionnels/ stomato en février 2007 pour provoquer un avortement ; uterus correspond à 14 semaines; impossible d'obtenir l'historique complet de la patiente ou de la policière qui l'accompagne ». Dr Bono insiste et pose des questions à la policière qui continue de répondre « je ne sais pas », Dr Bono lui demande son nom pour le noter dans le dossier, en lui disant qu'elle a besoin de noter que la policière qui accompagnait ne savait rien de l'histoire. Elle déplore ne pouvoir reconstituer un historique cohérent notamment ce qui s'est passé entre le 13 avril et aujourd'hui, le 18. Elle doit repartir car elle est appelée ailleurs. Elle demande à Kenosi de remplir sa partie en précisant qu'il l'a appelée. Avant de partir je vais saluer discrètement la patiente en lui demandant si elle a quelqu'un qui peut l'aider. Elle me dit qu'elle va aller dans une maison à Mogoditsane. Je ne m'attarde pas car je ne souhaite pas que les soignants s'imaginent que je fais autre chose qu'observer. Je lui rappelle que la police risque de la chercher. Elle est apeurée, je lui laisse mon numéro de téléphone, mais que pourrais-je faire? Aura-t-elle même les moyens de m'appeler ?

L'accouchement, l'avortement, la prise en charge des femmes autour de la reproduction mettent invariablement en jeu des rapports de pouvoirs et un travail moral de la part des soignants qui peut être qualifié de violent. En Equateur, D. Fassin avait montré (2000b, 160-175) que les femmes indiennes étaient soumises à des « manipulations ostensiblement brutales, accompagnées de commentaires humiliants ». Dans leurs analyses sur la prise en charge de l'accouchement en Afrique de l'Ouest, à la question « pourquoi les femmes meurent en couche ? » Y. Jaffré et J.-P. Olivier de

³⁵⁸ L'une des deux chaînes d'épicerie de moyenne surface les plus répandues. Contrairement à toutes les autres enseignes, Choopies n'est pas une entreprise sud-africaine mais appartient à une famille d'origine indienne (botswanaise) (conversation avec un directeur de magasin, novembre 2009).

Sardan suggèrent quant à eux que l'on retrouve, autour de l'accouchement, l'ensemble des dysfonctionnements relevés quotidiennement dans les centres de santé, mais quasiment « en pire » (). (2003 :287). Un parcours d'obstacles et la violence verbale (« tu ne faisais pas tant de manières quand tu t'es fait faire cet enfant ») jalonnent l'expérience des femmes en couche. Selon Y. Jaffré et J.-P. Olivier de Sardan (tout comme L. Vidal) l'écart entre les normes techniques et les pratiques quotidiennes des soignants caractérise l'expérience de la prise en charge de l'accouchement. Rachel Jewkes en Afrique du Sud développait le même type d'argument dès la fin des années 1990. Le titre de son article demandait explicitement : « Pourquoi les infirmières traitent mal les patientes dans les services obstétriques sud-africains ? » (1998)³⁵⁹. Les éléments socio-organisationnels liés à l'histoire de la profession infirmière en Afrique du Sud expliquent en partie l'utilisation de la force physique et de la violence verbale, le fait de placer les patientes en état d'infériorité, d'ignorance, en contraste avec la position de savoir définissant leur profession. Ces auteurs soulignent la détérioration de la prise en charge biomédicale sous l'effet de ces dysfonctionnements structurels et des hiérarchies sociales conduisant à une violence physique et verbale.

En ce qui concerne la prise en charge biomédicale, l'ensemble de la scène décrite ci-dessus montre l'efficacité de la prise en charge hospitalière comptabilisée en tant que telle dans les rapports au ministère de la Santé. Mais *quid* des importants dysfonctionnements préalables à la prise en charge médicale ? Le fait, en particulier que des voisins aient appelé la police, que la femme ait été retrouvée puis incarcérée dans un poste de police et gardée à vue pendant 2-3 jours ? Ces événements sont pourtant attribuables aux rouages de la condamnation sociale et judiciaire de l'avortement. Son transfert dans une structure de santé ne s'est fait qu'en raison d'une aggravation de son état de santé : une infection (avec un risque d'hémorragie), qui a conduit les gardiens de l'ordre – probablement indisposés par l'odeur, à évacuer la jeune femme à Princess Marina. L'avortement a d'abord été traité comme un problème délictuel requérant la mobilisation des forces de l'ordre. À l'hôpital la patiente est prise en charge, en quelques heures, pour un problème médical, les soignants sont mobilisés, effectuent des gestes techniques, procurent des antalgiques et du sang. Il n'y a pas d'obstacle technique majeur à l'hôpital à part la demande réitérée de groupe sanguin, qui aurait du être faite au service des urgences qui aurait pu retarder une transfusion, finalement évitée. La prise en charge médicale de Maria donne à voir la façon dont la société condamne l'avortement, au croisement entre une condamnation judiciaire d'une pratique déclarée illégale et le fait qu'elle ait pu être pratiquée par une femme immigrée qui sera probablement reconduite au Zimbabwe à l'issue de cet intermède hospitalier.

La pénalisation de l'avortement en Afrique

L'avortement est interdit dans l'ensemble de l'Afrique subsaharienne à l'exception de l'Afrique du Sud, du Cap Vert et de la Tunisie. Dans ces pays, l'avortement peut être pratiqué à la demande de la femme. Cependant, la légalisation de l'avortement n'a pas automatiquement fait disparaître la pratique clandestine. En Afrique du Sud par exemple, en raison de services surchargés et de la crainte

³⁵⁹ Le titre original de l'article: « Why do nurses abuse patients? Reflections from South African obstetric services ».

du traitement qui leur sera délivré, les femmes ont peu recours à un avortement médicalisé à l'hôpital. Après avoir demandé pourquoi les infirmières abusent des patients dans les services d'obstétrique, Rachel Jewkes et ses collaborateurs (Jewkes et al. 2005) posaient à ce sujet une nouvelle question provocante : « Pourquoi les femmes avortent-elles encore hors des services de santé en Afrique du Sud ? »³⁶⁰. Après la loi de 1996 sur le choix de fin de grossesse (*Choice in Termination of Pregnancy Act*), des structures de santé et des protocoles de soin ont été mis en place pour permettre aux femmes de mettre fin à une grossesse avant douze semaines de gestation mais nombre d'entre elles n'ont pas recours aux structures perçues comme surchargées et qui les exposerait aux infirmières « rudes ». Les femmes ignorent aussi souvent les droits conférés par cette loi.

Au Botswana, l'avortement est illégal. Jusqu'en 1991, il était proscrit en vertu du Code Pénal de 1964, un texte modelé sur la « Loi sur les offenses contre les personnes de 1861 » (Royaume-Uni) avec pour seule exception le cas où la vie de la mère serait en danger. À la suite de pressions émanant du corps médical pour une réévaluation de cette loi dans les années 1980, de nouvelles dispositions ont été approuvées par le Parlement (malgré une forte opposition) et signées par le Président en octobre 1991. La loi stipule depuis trois exceptions à l'interdiction de l'avortement : a) si le médecin peut s'assurer que la grossesse est le résultat d'un viol, inceste ou d'agression (*defilement*) b) quand la grossesse implique le risque pour la vie de la mère ou pour sa santé physique et mentale c) si des preuves tangibles existent que l'enfant souffrira d'un sérieux handicap. L'avortement doit être pratiqué par un médecin, dans une structure médicale autorisée, et pour les cas b et c, deux médecins doivent signer l'autorisation³⁶¹.

Malgré les dispositions de 1991, de nombreuses femmes ne parviennent pas à obtenir une autorisation ou n'entrent pas dans le cadre de la loi. Un débat public plus large peine à émerger même si les questions sanitaires sont posées de façon récurrente, en particulier par l'association de défense des droits de l'homme *Ditshwanelo*, sous l'impulsion de sa présidente Alice Mogwe et donne lieu à des tribunes dans les journaux³⁶². Contrairement aux années 1980, il y a aujourd'hui peu de relais dans la profession médicale pour transformer les avortements à risque et la prise en charge médicale de ses suites en priorité de santé publique pour un gouvernement encore entièrement accaparé par le traitement du sida et d'autres crises sanitaires.

En Afrique, le problème de l'avortement illégal et de ses suites mortifères commence à être pris en compte au milieu des années 1990. En novembre 1993 la conférence des ministres de la santé pour l'Afrique orientale, centrale et australe à Maseru (Lesotho) avait identifié l'« avortement à risque »³⁶³ (*unsafe abortion*) comme une cause majeure de mortalité et de morbidité des femmes

³⁶⁰ Cet article fait écho à l'article de 1998 sur les pratiques des infirmières à la fois dans son titre : « Pourquoi les infirmières maltraitent les patients? » et dans son approche : observation des interactions, analyse sociohistorique des pratiques de soin.

³⁶¹ Voir Mogwe, A, « Botswana: abortion "debate" dynamics » (1992).

³⁶² Voir par exemple: Lucia Makamure, « Better education will help fight unsafe abortions », *The Botswana Gazette*, 3 août 2011. <http://www.genderlinks.org.za/article/southern-africa-better-education-will-help-fight-unsafe-abortions-2011-08-01> (19/8/2011).

³⁶³ Selon l'OMS, les avortements « à risque » ou dangereux (*unsafe abortion*) sont ceux qui sont non-médicalisés c'est-à-dire qu'ils sont pratiqués par un prestataire non qualifié et/ou dans des conditions non

dans la région. Le secrétariat régional santé du Commonwealth pour l'Afrique centrale, orientale et australe a ensuite commandé une étude sur les conséquences sanitaires parmi les pays membres³⁶⁴. Un rapport de l'OMS sur la mortalité des femmes en Afrique est repris dans un article du *New York Times* en 1998, comme le mentionne l'historienne Nancy Hunt qui se saisit de cet objet à partir de récits d'avortements dans la littérature africaine (2007). Le fait même que l'historienne ait recours à la littérature témoigne du peu de documentation disponible sur l'avortement. En Côte d'Ivoire selon des médecins cités dans ce rapport de l'OMS en 1998, 40% des femmes arrivant à l'hôpital Treichville d'Abidjan se présentaient pour les suites d'un avortement induit à l'extérieur de la structure de santé et 16 à 18% d'entre elles en mourraient. À partir de ce moment, des articles médicaux et de santé publique ont commencé à rendre compte de la magnitude du problème dans différents pays africains (Benson et al. 1996). Le gouvernement botswanais s'appuie sur la condamnation sociétale de l'avortement pour éviter d'ouvrir plus largement le débat public. N'étant pas formulé comme un enjeu sanitaire majeur, l'avortement est cantonné au domaine de la condamnation morale et sociétale et relève donc du champ judiciaire³⁶⁵.

Les rapports sociaux de genre dans la prise en charge et dans le soin

La condamnation de la jeune femme zimbabwéenne (sera-t-elle incarcérée ? expulsée vers le Zimbabwe?) est doublée d'une condamnation morale et d'une certaine brutalité verbale. Dès la première entrevue avec le jeune externe dans le service. L'horizon de la condamnation est rappelé par un jeune médecin (homme) à la patiente qui vient de passer plusieurs jours en cellule (poste de police) : « tu vas prendre 10 ans peut être ». Ensuite, il est à plusieurs reprises question du futur procès, conduisant les soignants à redoubler de vigilance dans la collection des faits et des pièces à conviction (garder du placenta dans le formol, noter avec exactitude l'enchaînement des événements). La médecin responsable de l'équipe soignante et donc du cas de Maria cherche à laisser le moins possible de zones d'ombre et tente de reconstituer le mieux possible l'historique médical de la patiente et l'historique tout court. Elle cherche ainsi aussi à consigner des éléments sur l'intervention de la police et son rôle, le cas échéant, dans le délai des soins.

Dans la séquence où l'externe commence le curettage de Maria tout en demandant « comment peut-on tuer un enfant ? », ce sont les rapports de pouvoir liés au genre et aux inégalités de classe qui se déploient. Le Dr Mashaire est en train de faire une prise de sang quand le Dr Kenosi, en insérant la curette dans son utérus, suggère à la patiente qu'elle va faire de la prison. L'état de soumission du corps féminin et souffrant place ces jeunes hommes en double position de domination (homme,

sanitaires, qu'il donne lieu ou non à des complications. Chaque année 5.5 millions d'avortements à risque sont pratiqués en Afrique et environ 40% de ces femmes meurent des complications liées à ces procédures.

³⁶⁴ Ce rapport de 300 pages intitulé “Monograph on Complications of Unsafe Abortion in Africa” est le fruit de l'étude commandée par le Commonwealth Regional Health Community Secretariat (CRHCS) for East, Central and Southern Africa (ECSA). L'étude apporte des résultats sur la Zambie, le Malawi et l'Ouganda mais un état de la littérature comporte des références à l'ensemble du continent. Voir également la synthèse proposée par Benson et al, 1996.

³⁶⁵ Dans une autre de mes séquences d'observation, un fœtus avait été retrouvé et une femme dénoncée par des voisins pour avoir avorté, tous deux avaient été conduits à l'hôpital, sous escorte policière.

médecin). C'est au moment où l'ustensile est inséré dans le corps de la patiente, qu'est énoncé ce discours « dominateur » mettant en scène le jeune médecin botswanais en pleine ascension sociale et la *maid* zimbabwéenne sur-exploitable (Nyamnjoh 2006). Comme dans le cas des sages-femmes étudiées par Yannick Jaffré, les conduites sont « gouvernées par les représentations liées au genre qui reprennent les vils stéréotypes des discours communs » (Jaffré 2003, 312) ; ici les suspicions envers le comportement criminel des Zimbabwéens. L'arrivée d'un médecin titulaire Dr Bono, une femme, d'origine indo-pakistanaise, vient suspendre la tonalité masculine du discours des deux médecins devisant. Sa présence permet un apaisement de la situation laissant en présence le médecin, l'infirmière silencieuse, la patiente souffrante et moi-même. Tout les autres sont sortis et la médecin, tout en agissant de façon énergique, prend un instant pour s'asseoir près de la patiente. Le jugement normatif semble se suspendre quelques secondes afin de laisser place à la collection des faits nécessaires à la pratique médicale. Pour un temps, une forme de pratique relationnelle s'instaure qui permet à la patiente de reprendre son récit initial et d'expliquer ce qu'il lui est arrivé.

Comme dans le cas de Grace, se dessine dans ce récit la frontière qui apparaît le plus couramment dans l'espace du soin hospitalier entre citoyens et étrangers, qu'il s'agisse des soignants comme des patients. Toujours présentes dans les conversations (l'intervention de Dr Tonda dans le cas de Grace) les questions de langue, de nationalité, d'origine et de couleur de peau permettent aux protagonistes de se situer les uns par rapport aux autres. Contrairement au cas de Nakeledi, avec Maria du fait de sa nationalité zimbabwéenne, les soignants n'épargnent pas la patiente de commentaires sur sa conduite et les répercussions de ses actes.

L'épidémie de sida a fait entrer le Botswana dans une crise du soin (« *crisis of care* ») qui touche les femmes de façon frontale. D'ores et déjà, la sphère de la reproduction et du soin des enfants a été ébranlée par l'absence des hommes, qui ont migré en Afrique du Sud pour le travail (Upton 2003). Le sida fait peser de nombreuses incertitudes sur les choix liés à la procréation en particulier pour les femmes à qui incombent des tâches de soin (des enfants, du reste de la famille) de plus en plus importantes. Or, l'impact du sida a ébranlé aussi les réseaux de soutien pour le soin, l'éducation des enfants notamment le système de *fosterage* (B. Dahl 2009). Le dernier cas que je présente est celui de Lorato qui permet de comprendre comment se déroule la prise en charge d'une jeune citoyenne, mère de famille méritante.

Lorato : le « fardeau du soin »

Lorato est une jeune femme de 28 ans. Elle arrive jeudi 1er février 2007 aux Urgences avec des saignements et six semaines d'aménorrhée. Après un rapide examen gynécologique, Dr Kaunda lui dit laconiquement « on va vous admettre car il faut nettoyer, ok ? ». Elle se rhabille et sort la tête du box, m'interpelle, me dit qu'elle ne peut pas rester dormir ici car sa fille ainsi que sa petite sœur sont seules à la maison car sa mère est morte le 4 janvier. Elle a eu un accident de voiture. Sa fille et sa petite sœur, qui étaient dans la voiture accidentée, font des cauchemars et ne peuvent dormir seules ni même avec un voisin, elles ont besoin de Lorato à leurs côtés. Dr Kaunda me dit qu'il ne peut rien faire d'autre que de l'admettre en gynécologie, il faudra voir dans le service ce qui est possible. L'admission se fait dans la demi-heure. A son arrivée dans le service, des questions sont posées à

Lorato par une infirmière puis une jeune médecin qui reprend l'historique et procède à l'examen dans une salle séparée. La situation de Lorato est exposée au médecin qui supervise, un médecin originaire du Bangladesh (comme le précise son badge). Celui-ci estime qu'il est risqué pour elle de rentrer car elle peut se mettre à expulser. Mais elle ne pourra avoir d'échographie avant le lendemain en fin de matinée, or c'est le seul moyen de vérifier que tout va bien. Le médecin ayant entendu la demande de la patiente concède alors un arrangement exceptionnel, il propose de procéder à l'admission, puis de la laisser partir et qu'elle revienne demain matin « à la première heure » pour qu'ils aient le temps de faire une prise de sang et d'attendre l'échographie. Il dit de bien prévenir l'infirmière et la surveillante générale pour que l'équipe du lendemain matin ne soit pas surprise. Ensuite la jeune médecin en charge procède à l'admission par une série de questions posées avec attention, précision, empathie (elle reconnaît par exemple, « je vois que vous êtes très stressée en ce moment »). Le lendemain Lorato se présente tôt le matin mais sort dans l'après midi sans avoir eu d'échographie. Dans le service, quelqu'un l'a prévenue que cela ne pourra se faire avant le mercredi suivant (elle a été vue un jeudi) et seulement si elle reste à l'hôpital ! Elle dit que c'est absurde, qu'elle ne peut même pas prendre rendez-vous... et elle continue de saigner. « J'abandonne, c'est finit de toutes façons » me dit-elle au téléphone. Le lendemain, elle me répond par sms « je ne suis pas à Gaborone, on se voit plus tard, j'ai perdu le bébé mais ça va »³⁶⁶. Je ne la reverrai pas. Elle a déménagé au Nord du pays à Francistown.

Lorato apparaît aux yeux des soignants comme une jeune femme méritante, ce qui lui donne la possibilité d'entrevoir des soins dont elle se passera étant donné les délais présentés. Elle a fait des études, elle est enseignante et a la charge exclusive de jeunes enfants en l'absence de sa propre mère. Ce départ pour Francistown témoigne de la mobilité dans la société botswanaise contemporaine tout comme la disparition des hommes dans le soin des enfants et l'importance du « travail de soin » (*carework*) dont les femmes ont la charge (Upton 2003) au temps du sida et des autres causes de mortalité comme les accidents de voiture. La jeune femme incarne tout à la fois les profondes transformations de la société botswanaise du travail des femmes, des problèmes de santé, des pratiques de consommation et de vitesse, de l'endettement (Livingston 2009). Ici, un arrangement est concédé par un médecin à cette jeune femme courageuse, en raison de l'impératif qu'elle présente c'est-à-dire s'occuper de jeunes enfants, qui en son absence seraient laissés à eux mêmes ; mais à condition de rester dans le service, au moins trois jours si ce n'est plus. Comme Nakeledi, Lorato aurait pu rester plus d'une semaine dans le service de gynécologie à attendre qu'une échographie soit pratiquée. Nakeledi à 19 ans venait de passer l'équivalent du bac, elle était « en vacances ». Lorato ne disposait pas de ce temps. Le « fardeau » du soin exigeait qu'elle soit entièrement et immédiatement disponible pour sa fille et sa jeune sœur, y compris au détriment de la prise en charge des suites de sa fin de grossesse.

Les récits de la prise en charge hospitalière de Nakeledi, de Grace, de Maria et de Lorato, ont été mis en tension afin de pouvoir analyser les enjeux liés à l'avortement, sa prise en charge à l'hôpital, son traitement moral, judiciaire et ses représentations sociales, notamment en ce qui

³⁶⁶ Le message reçu sur mon téléphone était le suivant: « im outside gaborone will c u nxt wk, i lost the baby but im ok. Lorato ».

concerne les migrants. L'avortement, tel qu'il échoue à l'hôpital, n'est pas considéré comme un enjeu de santé publique par les responsables sanitaires et ne fait pas l'objet d'un débat public. Le fait qu'il mobilise les soignants quotidiennement de façon aussi intensive mérite qu'on l'interprète comme un indicateur d'importantes questions de santé publique, d'accès à la contraception, de prévention du VIH et des maladies sexuellement transmissibles. Sur le plan anthropologique, il indique la centralité des questions relatives à la procréation dans les rapports de pouvoir et de genre et dans les politiques de santé. Au niveau des politiques, la natalité, la reproduction, toutes les questions démographiques sont centrales. Avec l'épidémie de sida et l'évolution rapide de sa prise en charge avec les thérapies antirétrovirales, l'ensemble des enjeux liés à la procréation et à la reproduction sociale a été profondément bousculés.

Section 2 – Le sida comme enjeu de reproduction sociale: « un enfant, pas deux »

Comme beaucoup de jeunes femmes, Marylin a appris qu'elle était séropositive lors du suivi de sa grossesse. Lorsqu'elle est prise en charge à la clinique ARV de Tlokweng, village attenant à Gaborone, où elle commence la trithérapie car ses CD4 sont à 166 elle est également mise sous traitement préventif contre la tuberculose par Isoniazid³⁶⁷. Elle se demande si ce n'est pas pour cette raison qu'elle n'a pu mener sa grossesse à terme.

Marylin : Tu sais, le médecin, une fois mon médecin, le problème c'est qu'il a fait une erreur, il m'a donné les médicaments pour... je ne sais pas, IPT, est-ce pour ... ?

Fanny: ... la TB...

Marylin : Oui TB et lorsque je suis allée voir mon médecin pour le check-up mais mon médecin n'était pas là c'était un autre médecin et il a dit : « pourquoi prenez vous ces médicaments ? Vous n'avez pas dit à votre médecin que vous étiez enceinte ? » J'ai dit : « si, il sait et il m'a demandé d'arrêter de prendre ces médicaments » et j'ai des doutes que c'est peut être pour cela que mon enfant est mort, je pense que parce que mon médecin me disait aussi que... mais il a fait une erreur et moi je prenais ces médicaments pour je ne sais pas combien de temps ... au moins deux mois parce que moi je prenais tout ce qu'on me donnait et ils m'avaient dit, mais je ne savais pas que je ne devais pas prendre ces médicaments, parce que je pensais que cela m'aidait parce que je suis séropositive, pour que je n'attrape pas la TB... (Retranscription d'entretien, Marylin (1), Gaborone, 20 janvier 2008)

Marylin se remémore une étape douloureuse dans laquelle les incertitudes de la prise en charge médicale se sont combinées à l'ampleur des contraintes qu'elle devait gérer au quotidien. Marylin prend ses médicaments scrupuleusement et témoigne d'une confiance sans borne envers la prise en charge médicale et le traitement qu'elle suit depuis plus d'un an. Les doutes qu'elle exprime dans cet extrait lui sont directement soufflés par le médecin qui lui dit d'interrompre le traitement par Isoniazid, un traitement donné en prophylaxie (IPT) à toutes les personnes nouvellement dépistées

³⁶⁷ Le protocole « IPT » pour *Isoniazid Preventive Therapy* est en cours de généralisation pour les personnes séropositives au VIH : un traitement préventif de la tuberculose avant de commencer la thérapie antirétrovirale.

positives au VIH. Ce protocole est délivré dans le cadre d'un projet pilote porté par les CDC (BOTUSA) et qui est en train d'être généralisé au niveau national. Plusieurs de mes informateurs s'étaient montrés indignés du peu de suivi qui est fait sur le traitement IPT et sur la prise en charge de la tuberculose en général. En particulier, les soignants ne vérifient pas systématiquement l'absence de tuberculose active avant de prescrire ce traitement, ce qui risque d'entraîner des résistances au traitement. Marylin ne sait pas à quoi imputer la perte de son enfant, à deux semaines du terme alors qu'elle était sévèrement anémiée. De façon directe (affaiblissement immunitaire, nutritionnel, interactions médicamenteuses, anémie), indirecte (état dépressif) voire de façon intentionnelle, le VIH peut entraîner une terminaison de grossesse comme cela a été suggéré dans la section précédente.

Pour autant, au début de l'épidémie, si les femmes séropositives ont longtemps été dissuadées de projeter d'avoir un enfant, c'était parce que les politiques de santé s'appuyaient sur la perception d'un risque élevé de transmettre le virus à l'enfant³⁶⁸ dès lors qu'il était avéré que le VIH était susceptible d'être transmis de la mère à l'enfant pendant le travail, l'accouchement ou l'allaitement³⁶⁹. Bien que la mise au point d'une prophylaxie biomédicale de la transmission du VIH de la mère à l'enfant (PTME) ait considérablement fait diminuer le risque de transmission à partir du début des années 1990, ce protocole est administré à Gaborone comme un traitement comportant des incertitudes médicales et porteur d'anxiétés pour les femmes, les soignants et l'ensemble de la société.

Malgré une observance totale, le traitement biomédical ne prévient pas une multitude de risques. Deux semaines avant le terme de sa grossesse, après s'être évanouie plusieurs fois à cause d'une très forte anémie, Marylin est envoyée à l'hôpital pour accoucher d'un nourrisson mort. Le VIH ici a causé une anémie qui n'a pas pu être réajustée malgré tous les efforts de la part des médecins et de Marylin. La grossesse de Marylin s'est terminée. Dans le cours de l'entretien, elle parle d'un accouchement qui « s'est bien passé ». Encore alitée à l'hôpital, Marylin ne parvient pas à imposer son choix de trouver une sépulture pour son enfant dans son village d'origine ; son mari et sa belle-mère se chargent de l'enterrer anonymement dans le cimetière communal de Gaborone. Elle déplore : « Ce n'est pas là où mon corps finira... mon enfant sera seul là-bas, son corps sera seul là bas »³⁷⁰. Marylin, affaiblie, n'a pu, à ce moment, imposer son statut de mère. Rapidement, Marylin s'oriente vers l'adoption, sur les conseils de la directrice de l'association dans laquelle elle travaille : « mon mari me stressait avec l'enfant en me disant qu'il veut un enfant et moi je lui disais on doit savoir où on en est pour avoir un enfant, même toi, tu dois savoir où tu en es, on ne peut pas faire une seconde erreur ». « Vicky [la directrice de l'association qui l'emploie] m'a dit pourquoi tu veux avoir ton propre, ton vrai enfant, car un enfant est un enfant pourquoi n'adoptes-tu pas ? je suis tellement effrayée de t'avoir

³⁶⁸ Voir dans le cas de la France l'article de A. Desclaux et M. L. Cadart (2008).

³⁶⁹ Comme le rappelle B. Seyrtre dans son histoire de la recherche sur le sida : « On connut l'existence de la transmissions mère-enfant dès la découverte du virus, mais il fallut une demi-douzaine d'années pour la chiffrer entre 10 et 39% dans les pays industrialisés. (...) Des études menées (au début des années 1990) ont montré que la transmission par le lait maternel explique que le taux de contamination mère-enfant soit nettement plus élevé en Afrique (près de 50%) que dans les pays industrialisés » (1995, 104-105).

³⁷⁰ « Where my body will end is not there ... my child will be alone there, his body will be alone there » (Retranscription d'entretien enregistré, Gaborone, 20/1/2008)

vue dans un tel état et ton mari n'est pas sérieux avec sa vie, tu ne peux pas refaire cette erreur... alors, voilà et moi je ne savais pas comment font les gens pour adopter »³⁷¹. La procréation est une histoire intime dans laquelle s'entrechoquent des dilemmes affectifs et moraux, ainsi que des enjeux économiques, politiques et sociaux. Marylin est rapidement dissuadée de tenter à nouveau d'être enceinte. Sa procédure d'adoption, malgré quelques problèmes (changement de logement et de *maid*) aboutit en quelques mois. Marylin et son mari se voient confier par *ChildLine* un petit garçon d'environ un an. L'enfant s'appelle Kesogofetsi, ce qui signifie, en setswana, « je suis béni » (*I'm blessed*), le prénom qu'elle avait donné à l'enfant qu'elle avait mis au monde, mort né quelques mois auparavant.

Cet extrait de l'histoire de Marylin montre combien la reproduction est mise à mal au temps du sida : les choix reproductifs, la maternité, les liens familiaux, la vie professionnelle, y sont imbriqués et méritent d'être entrevus à l'« intersection entre le local et le global » (F. D. Ginsburg et Rapp 1995) dans la mesure où ils se constituent autant comme sujets de contraintes sociales que comme objets d'intervention biomédicale. La fin de grossesse de Marylin indique que les facteurs physiologiques et cliniques comme l'affaiblissement immunitaire, l'anémie, les effets secondaires des traitements (contre la tuberculose, antirétroviraux comme Efavirenz³⁷²) représentent des risques dans le cours d'une grossesse. Ces risques expliquent-ils que les soignants tentent de dissuader les femmes séropositives d'entreprendre une grossesse?

La transmission mère enfant comme politique de santé publique

La transmission mère-enfant est une intervention centrale dans les politiques de lutte contre le sida. En premier lieu, en raison d'enjeux démographiques. L'épidémie de sida a bouleversé, en quelques années, la structure démographique de la population botswanaise. Ses conséquences mortifères (hausse généralisée de la mortalité, baisse de la fécondité) ont été mises en évidence au moment où le gouvernement avait décidé d'intervenir de façon plus volontariste afin de contrôler une croissance démographique jugée trop rapide³⁷³ au Botswana qui était l'un des seuls États africains à avoir amorcé une baisse de la fécondité (Desgrees du Loû et al. 1999). Mais le gouvernement a été amené à réorienter ses efforts étant donné que l'impact du sida a ralenti la croissance démographique. Pour enrayer la mortalité infantile due au sida, le gouvernement a mis en œuvre le programme PTME qui a obtenu des réalisations tangibles. En 2009, preuve est établie que le Botswana a réussi à obtenir des niveaux très bas de transmission materno-fœtale du VIH, à 3-4%, un niveau comparable à ceux des pays développés.

Pour autant, lorsque je conduis mon enquête entre 2007 et 2009, les femmes sont orientées vers des choix reproductifs de limitation des grossesses et des naissances. Pour quelles raisons le fait que les femmes séropositives tombent enceintes suscite-t-il autant de contestations alors que le gouvernement a permis la généralisation de la PTME avec succès depuis 1999? Quels sont les

³⁷¹ Retranscription d'entretien Marylin (1), Gaborone, 20/1/2008.

³⁷² L'efavirenz n'est généralement pas donné à des « femmes en âge de procréer » car il comporte des risques pour le fœtus en cas de grossesse. Cependant, il peut être prescrit pour les femmes qui ne tolèrent pas l'autre névirapine (effets secondaires sur le foie).

³⁷³ Voir : *National Population Policy*, adoptée en 1997.

dilemmes moraux, les incertitudes thérapeutiques et les enjeux politiques qui sont à l'œuvre lorsque soignants et responsables politiques, condamnent d'une même voix « les grossesses répétées » parmi les femmes séropositives ? Comment se pratique – en discours, en actes – la possibilité de ne pas transmettre le virus à l'enfant ?

Les liens entre la politique et le contrôle des questions de reproduction ont été bien mis en lumière notamment par des historiens pour souligner comment les pouvoirs coloniaux intervenaient directement dans la politique de la reproduction. Nancy Hunt l'a montré au Congo belge sur la fécondité des femmes africaines et les pratiques d'éducation et d'alimentation des enfants qui ont fait l'objet d'intervention dans l'objectif de stimuler la croissance démographique pour des besoins en main d'œuvre (Hunt 1988). Dans son étude intitulée « la Politique de l'utérus »³⁷⁴ sur le Kenya au 20^e siècle, Lynn Thomas (2003) montre que la reproduction est devenue un objet de débat et d'intervention coloniale et postcoloniale car sa régulation était vue comme fondamentale à la construction de l'ordre politique et moral et des relations intergénérationnelles et de genre. La prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant est-elle une politique de régulation démographique ? Que dit-elle des enjeux de reproduction sociale au Botswana en temps de sida ?

Une intervention biomédicale marquée par de nombreux incertitudes

En 2009, dans les pays du Nord, la transmission mère-enfant a virtuellement été éliminée mais 90% des contaminations mère-enfant se produisent en Afrique. La transmission du VIH de la mère à l'enfant, comme l'intervention biomédicale visant à l'empêcher sont étroitement dépendantes du contexte sanitaire, social et politique dans lesquelles elles ont lieu. L'OMS entend par PTME une approche qui combine la prévention, le soin et les traitements chez les mères et les enfants afin de prévenir l'infection à VIH. En ce qui concerne le traitement biomédical, il y a deux cas de figure. Les femmes qui en ont besoin³⁷⁵ suivent un traitement antirétroviral qui est efficace pour prévenir la transmission et le bébé se voit administrer des médicaments à la naissance. Si la mère ne suit pas de traitement, elle doit bénéficier soit d'une prise de névirapine soit d'une combinaison d'AZT avec une dose unique de névirapine³⁷⁶. Testé en Ouganda entre 1997 et 1999 (essai HIVNET 012), la prise unique de névirapine s'avère efficace. Cet essai a provoqué une controverse internationale sur l'éthique des essais cliniques en Afrique (Lurie et Wolfe 1997; Angell 1997; Wendland 2008; Crane 2010a) car les deux régimes étaient testés contre placebo alors que l'AZT avait déjà prouvé son efficacité à prévenir la transmission du VIH. La névirapine est peu coûteuse mais la prise d'une dose unique de névirapine, pour la mère comme pour l'enfant comporte un risque de développement de

³⁷⁴ Il s'agit d'une référence revendiquée à « la politique du ventre » théorisée par Jean-François Bayart en 1989 dans son étude sur l'État en Afrique.

³⁷⁵ C'est-à-dire dont le taux de CD4 est inférieur à 200 ou 250 selon les cas, ou une infection opportuniste. Les Guidelines nationales 2008 au Botswana ont fixé l'éligibilité aux ARV à un taux de CD4 de 250 (200 auparavant).

³⁷⁶ Selon recommandations de l'OMS en 2006 pour les pays à ressources limitées. Ces recommandations ont changé en 2009-2010 et préconisent plusieurs améliorations : une prise en charge de la mère sous trithérapie à partir de moins de 350 CD4 (au lieu de 200) dans ce cas le nourrisson bénéficie d'une prophylaxie pendant six semaines après la naissance ; si la mère n'est pas sous TARV elle doit recevoir de l'AZT tous les jours dès 14 semaines et pour le nourrisson pendant 6 semaines et jusqu'à la fin de la durée de l'allaitement.

résistances (dans environ un tiers des cas) c'est-à-dire qui compromet la prise ultérieure d'un traitement antirétroviral associant la névirapine³⁷⁷.

La grossesse pour une femme séropositive ne va pas de soi. Ni pour les patientes, ni pour les soignants, ni pour la société. Le sida « fait vaciller la reproduction » pour reprendre l'expression employée par Rayna Rapp et Faye Ginsburg (1995) qui se sont intéressées aux moments où « le récit standard et linéaire allant de la conception, la naissance, au progrès de la génération future est d'une façon ou d'une autre interrompu ». À leur suite, Jenkins et Inhorn demandent « Que nous disent aujourd'hui les hésitations et les échecs, les batailles ou les conflits émotionnels et politiques dans les expériences quotidiennes de la reproduction, sur les subtilités du pouvoir et de la culture aujourd'hui ? » (Jenkins et Inhorn 2003, 1831). Comment le sida a-t-il contribué à faire vaciller la réalité de la reproduction humaine, le cycle de la vie humaine et surtout de celui des femmes, les idées et pratiques autour de la fertilité, la naissance, les enfants ? (F. Ginsburg et Rapp 1991, 311). La PTME est un objet intéressant pour articuler au mieux le niveau local avec les économies politiques des niveaux national et global. Qu'est ce que le sida fait vaciller sur la question de la reproduction au Botswana ? Que disent les conflits autour des antirétroviraux comme technologie reproductive ?

Un enfant pour une femme/mère séropositive : une « erreur »

Dans le récit de Marylin, sa première grossesse est vécue rétrospectivement comme une erreur. Sa directrice qu'elle respecte beaucoup le lui a dit et elle s'en accorde. Elle accepte la voie de l'adoption et parvient aussi à convaincre son mari. Une grossesse qui survient chez une femme qui est dépistée séropositive est prise en charge mais selon les soignants elle doit agir comme un signal qu'ils s'emploient à rappeler par la suite. Dans le centre ARV de l'hôpital PMH, deux médecins abordent plus spécifiquement les questions liées à la grossesse. Dr Tonda, originaire de République Démocratique du Congo, travaille comme gynécologue au Botswana depuis 6 ans. Le ministère de la santé lui a demandé de s'occuper dans le centre ARV d'une consultation « PTME » en 2007, une consultation spécifique pour les femmes suivies (HAART) au centre et sont enceintes tout comme les femmes enceintes dont le dépistage VIH s'avère positif dans le service de suivi prénatal et qui sont alors envoyées vers cette consultation. Dr Tonda est présent tous les vendredi matin. Il m'explique pourquoi la direction de l'hôpital a décidé de prendre en charge les patientes de cette façon :

L'objectif est de décourager les femmes séropositives de tomber enceintes et de travailler à une réduction de la transmission (...) mais cela augmente! Elles tombent encore enceintes. On cherche aussi à ne pas les laisser faire la queue avec d'autres patients sinon ils vont penser que c'est ok d'avoir un enfant. (Observations consultation PTME, 1/3/2007).

Cette idée selon laquelle un centre d'accès aux ARV dans lequel circulerait des femmes enceintes serait une incitation pour les autres patients à procréer a été notée également en Tanzanie par Babette Roch Muller qui évoquait l'un de ses interlocuteurs qui lui parlait tout bas tant il avait été dissuadé de parler en public de la grossesse réussie de sa femme, car sinon disait-il « tout la monde

³⁷⁷ Ou l'efavirenz qui appartient à la même classe thérapeutique des Inhibiteurs non nucléosidiques de la transcriptase inverse. À ce sujet, voir les recherches cliniques par le Botswana-Harvard Partnership au Botswana qui ont tendance à infirmer cette hypothèse (Lockman et al. 2007).

va revenir avec des grossesses »³⁷⁸. C'est le caractère « délibéré » de ces grossesses parmi les femmes qui se savent déjà séropositives qui est mis en cause. Elles se savent séropositives et « elles le font quand même ». Dr Tonda endosse et incarne ce discours avec un accent patriarcal qu'il mobilise aussi pendant sa consultation. Ce sont surtout les femmes qui ont déjà bénéficié du programme PTME qui sont visées³⁷⁹. Dr Tonda est entouré d'un assistant, tous deux s'adressent à des femmes qui sont rarement accompagnées de leur mari ou partenaire. L'inégalité de genre apparaît fortement comme dans cette interaction avec une patiente enceinte :

Le médecin demande à son assistant quand la patiente a été vue pour la dernière fois puis s'adresse à elle d'un ton ferme : « pourquoi es-tu tombée enceinte ? » « je ne sais pas » répond la patiente. « Penses-tu que c'est bon pour toi et pour le bébé ? ... à un moment il faut choisir... un ok mais à deux il faut s'arrêter ! ». Dr Tonda s'adresse à moi, en soupirant : « elles veulent toujours tomber enceintes » puis s'adressant à nouveau à la patiente : « tu prends le traitement à vie alors tu ne veux pas que cet enfant... un enfant, s'assurer qu'il va bien... » - « et le traitement peut toujours échouer » ajoute son assistant. Puis le Dr Tonda précise à nouveau en s'adressant à son assistant et moi : « notre but est de les décourager, mais dès qu'elle redeviennent belles, grâce au traitement, elle oublie ! Avec la PTME quand on les inscrit on dit qu'on va prévenir, on donne de l'AZT. C'est une situation difficile, je me rappelle à Tutume, une patiente m'a dit : « regardez mon âge ! Vous me dites de ne pas avoir d'enfant?! ». Le médecin reprend la consultation « Aujourd'hui comment ça va ? ». La patiente montre son bas-ventre en exprimant une gêne, le Dr Tonda répond en coupant court : « Ok, le bébé bouge... combien de mois ? ». « Cinq mois » répond la patiente. Le médecin imprime les feuilles où sont inscrites les prescriptions et la date du prochain rendez-vous que l'assistant donne à la patiente puis va chercher la patiente suivante. (Observations, consultation PTME, centre ARV, 4 février 2007)

Dans la situation décrite ici, le médecin adopte un discours masculin lorsqu'il signale que les femmes une fois sous traitement « reprennent leurs habitudes de séduction » et se retrouvent enceintes sans prendre garde. La spécificité du mode de transmission mère-enfant dans lequel l'émetteur est clairement identifié, permet ici, dans l'interaction, de mettre les femmes en cause (Vidal 2000b). Il écarte le rôle des hommes et toute autre considération sur le contexte familial, social entourant la grossesse bien qu'il reconnaisse à mi-mots que la pression soit forte pour engager les femmes à avoir des enfants, comme à Tutume, en milieu rural, où le Dr Tonda exerçait auparavant. Avec ses différents « assistants PTME », toujours des hommes, le Dr Tonda plaisante ainsi qu'avec ses patientes. Il demande si la patiente est mariée, lui dit qu'elle pèse trop lourd et les patientes sourient poliment. Le médecin suit les recommandations du ministère de la santé à la lettre. Comme d'autres confrères étrangers, son séjour au Botswana dépend du renouvellement de son contrat qui, chaque année, lui est communiquée au dernier moment.

Quelques salles plus loin, Dr Alma citoyenne états-unienne, est en charge de la consultation pour les patients en échec thérapeutique. Elle est à la fois directive avec ses patients, tout en utilisant l'humour, en vue d'informer, notamment sur les possibilités offertes par les médicaments en posif

³⁷⁸ Présentation lors d'un séminaire, groupe LOST, Halle, juin 2009.

³⁷⁹ En octobre 2006 (peu de temps avant la création de cette consultation PTME dans le centre ARV), le responsable des relations publiques du ministère de la Santé reconnaît que : « le programme PTME n'a pour le moment pas été en mesure de capturer les femmes qui tombent enceintes alors qu'elles connaissent déjà leur statut VIH ou celles qui son sous ARV depuis peu. On doit encore travailler à un outil de recueil des données qui en rende compte car ces indicateurs sont importants » voir l'article de S. Mophonkolo, « Women defy HIV warnings », *The Midweek Sun*, 18-24 octobre 2006.

(opportunités thérapeutiques) et en négatif (effets secondaires). Elle manifeste un autre rapport à l'intervention biomédicale que celui du médecin congolais, un monde fait d'optimisme biomédical et de foi dans les ressorts de l'individu. Dr Alma a en parallèle établi un centre d'accueil et de soins pour les soignants, où sont dispensés des cours de danse et de yoga. Arrivée au Botswana en 2001 dans le cadre d'un projet de Harvard, elle a quitté cette institution jugée trop compétitive et a été embauchée par le ministère de la Santé pour coordonner la recherche clinique au niveau national. Après avoir dirigé le centre d'accès aux ARV, elle reste codirectrice et maintient, deux fois par semaine, une consultation spécialisée dans les échecs de traitement (*failure clinic*). Dans l'extrait ci-dessous, Dr Alma accueille un couple pour envisager les moyens pour une femme (et son mari) d'entreprendre une grossesse tout en évitant les risques d'infection (pour le bébé) et de surinfection (pour le mari). Dr Alma partage l'idée selon laquelle la grossesse comporte des risques pour les femmes séropositives, mais elle se préoccupe également de considérer le désir d'enfant de la part de cette femme:

Au début de la consultation Dr A dit : « ok, aujourd'hui on devait parler grossesse ! ». Elle poursuit : « Le plus important est que vous soyez tous les deux en bonne santé ...car la grossesse est très éprouvante pour une femme. Il y a un risque pour vous et aussi de perdre le bébé. Donc on ne peut discuter de grossesse que si vous êtes en forme tous les deux (...) une autre possibilité est d'adopter. Il y a plus de 16000 orphelins aujourd'hui au Botswana... »

Le mari précise qu'il a un enfant depuis que la mère de l'enfant est morte³⁸⁰ ce n'est donc pas un problème pour lui mais c'est elle qui veut un enfant. Le médecin dit:

« D'accord, vous ne serez pas heureuse tant que vous n'aurez pas d'enfants. Il n'y a pas de problèmes, je ne vais pas vous décourager mais juste vous expliquer pour que vous puissiez prendre une décision. N'ayez crainte, je ne vais pas vous dire "n'ayez pas d'enfant!". Cela se passe bien avec les médicaments pour tous les deux donc il n'y a que 2 ou 3% de risque d'avoir un enfant séropositif, c'est très peu. Donc c'est surtout le moment de la grossesse.

« Et puis, il faut avoir quand même des relations sexuelles non protégées... et comme elle a des résistances (au traitement), vous ne voulez pas avoir de résistance. Donc il faudrait prendre une seringue et savoir quand vous êtes en période d'ovulation, quand il y a un œuf et que vous êtes fertile, au milieu du cycle, vous prenez votre température. Et puis au moment où, donc vous éjaculez dans la seringue et ... mais surtout n'ayez pas de relations non protégées pour ne pas vous exposer. Bon, qu'en pensez-vous? Super, voilà, on a quelque chose à attendre. Prenez bien vos médicaments à heure fixe chaque jour ».

[S'adressant à l'infirmière] : « Peux-tu trouver des seringues pour eux ? ».

[Saluant le couple]: « mangez bien, faites un peu d'exercice. À quand remontent vos dernières règles? J'aimerais que tous les maris soient aussi impliqués, c'est bien que vous soyez venu, beaucoup ne veulent pas venir » (Observations centre ARV, consultation échec thérapeutique, avril 2007).

Dr Alma reconnaît que la plupart des soignants désapprouvent que les femmes séropositives aient des enfants, elle montre explicitement son positionnement. Dans cette interaction, la médecin a tenté de comprendre le contexte social des patients et la question du genre apparaît déterminante. Ce qui fait « basculer » Dr Alma est que le désir de grossesse provient de la jeune femme et surtout qu'elle est épaulée par son mari, et qu'ils sont tous deux présents lors de la consultation. Elle se préoccupe du désir d'enfant tout en le mettant en tension (tu ne seras pas heureuse tant que tu n'auras pas d'enfant) avec la question de sa propre santé. Dr Alma a l'habitude de dire à ses patients : « c'est bien

³⁸⁰ Traditionnellement et selon le Code de la Famille, lorsque la mère d'un enfant meurt ou en cas de séparation des parents, l'enfant est confié à la famille du père.

d'avoir des enfants mais c'est encore mieux d'avoir des petits enfants » donc de se préoccuper d'abord de sa propre santé afin de vivre le plus longtemps possible. Les médicaments antirétroviraux permettent de faire reculer la progression du VIH au stade de la maladie, il est donc essentiel de maintenir sa charge virale très basse, de vieillir et de pouvoir donc voir grandir de petits enfants. Enfin, cette patiente est « venue demander » ce qui est apprécié par Dr Alma, il s'agit d'une entreprise planifiée, encadrée médicalement bien que assez « risquée ». Le médecin a pu préparer la consultation, vérifier les dossiers et anticiper le risque principal : le fait de transmettre au mari un virus résistant. Les soignants apprécient que les patients s'en remettent à eux. Dans ces cas, même une femme qui a un virus résistant s'est vue prodiguer des conseils saillants afin d'entreprendre une grossesse.

« Elles devraient nous demander »

Dans l'extrait qui suit, comme dans d'autres interactions, l'importance de s'en remettre à l'autorité médicale pour entreprendre une grossesse est essentielle pour les soignants :

L'un de nos gros problèmes aujourd'hui ce sont les femmes qui tombent enceintes alors qu'elles sont séropositives et le partenaire n'a pas été dépisté. Au moins elles devraient parler à un personnel de santé. Mais le problème est qu'elles ne demandent pas et elles ne nous disent pas. (...) Je ne dis pas qu'elles ne peuvent pas être enceintes mais c'est mieux d'en discuter. S'il y a quelque chose dont les clients veulent parler, ils peuvent aborder la question de la grossesse (Notes d'entretien Dr Gaolathe, directrice centre ARV, responsable programme BHP-PEPFAR, Gaborone, 31/1/2008).

Comme on l'a vu dans l'interaction avec le couple, s'en remettre aux soignants c'est se donner la possibilité de mieux comprendre les enjeux et les risques de la grossesse, des informations qui ne sont pas nécessairement disponibles et qui doivent être exposées, débattues, d'autant plus que les connaissances sur la PTME, sur la prophylaxie médicamenteuse, sur les recommandations pour l'alimentation du nourrisson sont susceptibles d'évoluer rapidement, notamment avec les essais cliniques conduits sur place par le Botswana-Harvard Partnership³⁸¹.

Nous leur disons que si elles veulent être enceintes c'est mieux de venir nous voir; elles nous disent et on voit s'il faut changer le traitement on change et puis elles s'en vont et tombent enceintes mais la plupart du temps elles ne le disent pas, parfois elles ne savent même pas qu'elles sont enceintes (Retranscription d'entretien avec la surveillante générale du centre ARV, Mma Pula, Gaborone, 31/1/2008)

La surveillante générale du centre ARV craint que les femmes pensent qu'elles peuvent avoir des enfants, selon elle ce n'est pas une solution de se contenter de leur donner des médicaments, il est nécessaire de se préoccuper des risques, donc il conviendrait de proposer une consultation pour la santé des femmes qui permettrait d'envisager tout un ensemble de questions médicales et affectives liées à la sexualité et la conjugalité:

³⁸¹ Les recherches récentes sur la PTME menées par BHP ont concerné les différents protocoles de PTME, l'allaitement maternel, l'exposition des enfants à la trithérapie maternelle, les implications pour les mères d'une exposition à la névirapine durant leur grossesse.

Ce n'est pas bien, ce serait comme dire : oui c'est ok d'être enceinte car on peut s'occuper de vous (*we can take care of you*) et dans la même veine, celles qui ont été informées et qui ont compris elles ont fait un choix informé et se sont dit que la grossesse pour moi maintenant ce n'est pas bon (*pregnancy for me is not right*) (Retranscription d'entretien avec la surveillante générale du centre ARV, Mma Pula, Gaborone, 31/1/2008)

Marylin travaille dans une association qui est un lieu d'écoute, l'antenne botswanaise d'un réseau sud-africain (*LifeLine*) qui est voué au conseil (*counselling*) sur le sida et sur d'autres questions comme la santé de la reproduction. Autour d'elles, ses collègues se préoccupent d'abord de sa santé : « c'est terrifiant l'état dans lequel tu étais » lui dit sa responsable et Dr Alma qui fait partie du conseil d'administration de cette association s'inquiète également de la santé de la jeune standardiste. Elle est fortement conseillée de repenser le projet de grossesse et de réfléchir à l'adoption pour des raisons liées à sa santé.

pour que l'on puisse les informer... car il y a encore des risques

« Elles devraient nous dire » confient les soignants qui se placent dans une position de savoir et d'autorité, dans un système de santé sur lequel les patients doivent pouvoir compter et par l'intermédiaire duquel les médicaments sont rendus disponibles. Si les femmes veulent avoir un enfant alors qu'elles sont séropositives, elles doivent s'en référer au personnel de santé pour envisager les moyens d'y parvenir, car il y a toujours un risque de transmission et aussi un risque pour leur santé :

La PTME ce n'est pas 100% tu vois, si une femme veut être enceinte c'est... tu lui donnes l'information pour qu'elles puissent décider ce n'est pas que tu ne veux pas qu'elles soient enceintes, tu veux leur donner l'information et elles décident pour elles mêmes; la PTME ce n'est pas 100% (Retranscription d'entretien, infirmière Filwe, centre ARV, 28/1/2008).

Les soignantes insistent sur le fait que la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant n'est pas infaillible. Même au Botswana, dont le ministère de la santé, peu de temps après cet entretien, annoncera une réduction de la transmission du VIH aux enfants entre 3 et 4%, à des niveaux comparables aux pays développés, les soignants perçoivent la PTME comme une technologie biomédicale comportant des risques. Surtout c'est la névirapine qui est en cause. Les responsables d'association, les universitaires s'inquiètent du fait que le ministère de la santé continue de l'utiliser en dose unique alors que l'on sait que cela comporte des risques notamment des effets secondaires et de résistance future au traitement. À la fin des années 2000, les résultats des essais cliniques menés au Botswana révèlent que les femmes exposées à la névirapine (en dose unique pour une précédente grossesse) n'ont pas un plus fort risque de résistance à cet antirétroviral que les autres femmes séropositives n'ayant pas été exposées, si le traitement a été commencé moins de 6 mois après l'accouchement (Lockman et al. 2007). Mais ce sont également les risques d'infection, pour l'un ou l'autre des partenaires, dans le cas de couples sérodiscordants qui sont pris en compte dans la consultation spécialisée de Dr Alma comme l'explique Filwe, l'infirmière qui l'assiste:

Pour quelqu'un qui veut avoir un enfant, habituellement on leur suggère de venir pour un *counselling* de couple avec les deux parties pour qu'ils sachent la réalité, oui, on parlera de la PTME (...) « On leur dit la vérité sur la PTME et ceux qui sont sous ARVs puissent décider, on regarde les CD4 et si c'est très bas on ne peut pas vraiment s'attendre à ce que la femme tombe enceinte et on leur parle du risque de sur-infection, peut être la femme est séronégative

et l'homme séronégatif alors il y a un risque d'infection, si l'homme est séropositif et la femme séronégative alors on parle du risque de surinfection ou de infection, on les réfère à notre spécialiste Dr Alma qui leur parle, surtout si l'homme est négatif et la femme positive, de moyens artificiels, afin de ne pas entrer en contact (Retranscription d'entretien, Filwe, infirmière, centre ARV, 28/1/2008)

Les infirmières (et les médecins, comme Dr Alma qui ont particulièrement à cœur de transmettre ces informations), détiennent un savoir et une expérience de la PTME qu'elles peuvent mobiliser et rappeler sans cesse à leurs patients et ainsi, dans les mots de Dr Tonda, travailler à la réduction de la transmission du VIH. « Dire la vérité » c'est partager ce savoir, entendre les motivations, envisager ensemble les répercussions possibles, surtout sur la santé de la mère. De fait, les infirmières perçoivent principalement les risques pour la mère :

On leur parle des risques, des effets secondaires des médicaments et on leur dit aussi que la grossesse en soi est éprouvante, elle rend les gens malades alors si on combine les deux, c'est se mettre soi même... c'est mettre sa vie en danger, oui, on ne demande pas à cette personne d'arrêter mais le problème qu'on a c'est parce que la sexualité c'est un droit personnel et quand on donne les médicaments, elles vont mieux et après trois ans elles tombent enceintes alors on ne peut pas les rejeter (Retranscription d'entretien surveillante générale, 31/1/2008)

Ces extraits parlent de la gestion sociale du risque de transmission du VIH (Vidal 2000) et du décalage entre la complexité des mécanismes mise en évidence par la communauté scientifique et médicale et la simplification du message produit par les politiques de santé publique. Ce message tend à placer une emphase démesurée sur le risque de transmission, notamment dans le cas de TME. Lorsque le dialogue du Dr Tonda avec les femmes enceintes prend l'allure d'une injonction masculine de réprobation ("pourquoi es-tu tombée enceinte?"), ces soignantes indiquent que leur souci est celui de la santé de la mère. Cette inquiétude renvoie à une période bien précise dans l'histoire de la thérapeutique du VIH en Afrique, entre 1998 et 2000, lorsque les traitements (AZT) étaient mis en œuvre pour empêcher la transmission materno-fœtale (pendant l'accouchement) mais n'étaient pas disponibles pour traiter les femmes avant ou après l'accouchement.

Dans les cas présentés, la santé de la mère est considérée avant celle de l'enfant à naître même si le fait d'avoir un enfant est reconnu comme un droit. Dans le même ordre d'idée, la surveillante générale du centre ARV, Mma Pula, s'oppose au fait que les femmes séropositives enceintes soient vues dans le centre. Devant le Dr Tonda chargé de cette consultation, elle avait dit que cette consultation ne devrait pas avoir lieu ici, que c'est comme si on leur proposait un service de planning familial. Elle précise qu'elle est sage-femme et jamais elle ne fera de PMTCT car « au début on faisait tout pour sauver l'enfant à qui on donnait des médicaments et on ne donnait rien à la mère, mais c'est pas possible ! [son ton est grave, ferme] la mère je la connais depuis longtemps, le bébé, je ne connais pas cette personne. Or il a besoin de sa mère pendant 5 ans ! » (Observations, centre ARV, mars 2007). Elle met en cause ce « mode de prévention essentiellement altruiste » (Vidal 1999) qui n'agit pas pour améliorer la santé de la femme mais pour épargner l'enfant à naître.

Qui s'occupera des enfants? Cette question est en arrière-plan des inquiétudes des soignants. La mémoire vive du temps où l'on sauvait les enfants mais on "laissait de côté" les mères, affaiblies par la grossesse et l'accouchement hante les pratiques des soignants. L'épidémie de sida, dans la fin des années 1990 fait de tels ravages parmi les jeunes adultes que de nombreux enfants sont laissés

orphelins et les grands parents mobilisés pour s'en occuper. La mortalité des jeunes femmes, des mères, a bouleversé les générations en confiant aux grands-parents le soin de s'occuper de jeunes enfants. Au Botswana, Rebecca Upton (2003) parle de la crise du soin (*crisis of care*) car pour le soin "domestique", les femmes (mères, grands-mères) s'occupent d'élever plus d'enfants, tout en ayant à pourvoir aux besoins des proches au moment où le soin biomédical se généralise. Comment cette intersection entre la crise du soin domestique et l'extension de la prise en charge biomédicale est-elle problématisée dans la consultation clinique et dans les discours publics ?

« Un ok, mais pas deux »³⁸² ... pression sociale contre raison biomédicale

Pourquoi est-ce lors d'une deuxième grossesse que les femmes séropositives sont plus fortement découragées d'avoir un enfant, et sont critiquées ouvertement pour cela? A ce sujet Marilyn concède que les soignants « crient » sur les femmes enceintes. Une enquête minutieuse conduite par l'association BONELA (et *Bomme Isago*, une association de femmes) dans plusieurs structures de soin au Botswana montre que les femmes y sont désignées comme des agents responsables de la transmission du VIH³⁸³. Les femmes se sont senties ignorées et victimes de discriminations lorsqu'elles se présentaient dans des consultations prénatales pour la seconde fois. Elles disent avoir été traitées différemment que pour leur première grossesse (Moseki 2007, 9-10). On ne leur pardonne pas de "déjà savoir" leur statut (la couverture de la PTME étant bonne, leur précédente grossesse a dû les conduire à en avoir connaissance) ce que tente d'expliquer l'infirmière Filwe:

Certaines veulent avoir des enfants, elles ne connaissent pas leur statut, certaines veulent juste avoir un enfant car elle n'ont jamais eu d'enfant avec ce partenaire (...) alors habituellement on s'entretient avec celles qui n'ont jamais eu d'enfant, celles qui ont déjà un enfant et qui veulent un enfant avec un nouveau partenaire, on ne les décourage pas mais on leur dit que ce n'est pas la peine de prendre un risque alors qu'elles ont déjà des enfants (Entretien infirmière Filwe, centre ARV, 28/1/2008).

ou Dr Alma, mobilisant elle aussi son expérience :

Pour celles qui n'ont pas d'enfant, c'est leur droit. Mais si elles ont déjà un enfant, je recommanderais qu'elles n'en aient pas un autre (discussion avec Dr Alma, 30/9/2009).

Dans le discours tenu par les responsables politiques, des femmes (les ministres de la santé, de 2000 à 2008 sont des femmes³⁸⁴) comme des hommes, c'est la question de la responsabilité de ces femmes en tant que citoyennes qui est montrée du doigt tandis que l'inégalité des droits et les rapports sociaux et de sexe inégaux ne sont pas envisagés. La très forte pression sociale qui s'exerce envers les femmes pour procréer, prouver leur fertilité avant le mariage n'est pas mise en perspective avec les rapports sociaux de sexe qui peuvent impliquer des rapports contraints entre hommes et femmes alors même que ceux-ci connaissent leur statut VIH.

³⁸² "One is ok but two you stop" (Dr Tonda, consultation, centre ARV, février 2007).

³⁸³ Entretien avec Nthabiseng, chargée de programme Femmes à BONELA, 8/10/2009 et le rapport rédigé sur ce sujet (non publié).

³⁸⁴ Joy Phumaphi de 1999 à 2002; Lesego Motsumi de 2002 à 2004; Sheila Tlou, de 2004 à 2008.

Les « grossesses répétées » et le slogan « zéro transmission en 2016 »

Certaines prises de position dans l'espace public préconisent même la mise en place de sanctions pour transmission volontaire du virus, une idée qui refait surface épisodiquement au sujet du sida à travers le monde, mais qui ne s'est pas concrétisée au Botswana. Pour certains acteurs responsables politiques, l'intervention de la PTME vise à interrompre la transmission du VIH qui est de la responsabilité des femmes. Leur responsabilité est engagée et, comme l'affirmait un responsable à NACA, les femmes ont une obligation à protéger ceux qui sont autour d'elles, pour prévenir l'infection :

Les personnes sous traitement doivent au moins avoir cette obligation sociale ou même patriotique à protéger les autres (...) une obligation par rapport au reste des citoyens qui ont tant investi pour eux, pour générer le financement qui leur permet aujourd'hui de recevoir le traitement³⁸⁵.

Ce commentaire se situe dans la continuité d'une série de prises de position de responsables politiques. La ministre de la Santé Sheila Tlou avait affirmé en 2006 à l'occasion de la journée mondiale de lutte contre le sida : « Personne n'a le droit de transmettre le VIH ou d'exposer une autre personne au risque d'une infection à VIH » et, dans le même discours : « les femmes qui tombent enceintes sont un défi à notre objectif de "Zéro Transmission" pour 2016 »³⁸⁶. Le président de la République a lui aussi clairement exprimé sa préoccupation envers ces « grossesses répétées parmi les personnes sous ARV »³⁸⁷; il a également affirmé en mai 2007: « Nous devrions nous préoccuper du fait que nos femmes tombent encore enceintes alors même qu'elles savent qu'elles sont séropositives, et ce pour différentes raisons notamment une pression sociale pour procréer »³⁸⁸. Les femmes enceintes sont perçues comme responsables en tant qu'agent potentiel de transmission du VIH car elles font cela *délibérément*. Le coordinateur sida du district de Francistown était ainsi cité dans un quotidien local en décembre 2006 : « Lorsque certaines personnes sont sous thérapie ARV et qu'elles guérissent, elles reviennent à leurs vieilles habitudes sexuelles sauvages et oublient délibérément qu'elles sont séropositives et infectent d'autres »³⁸⁹. Le coordinateur a cité les femmes qui tombent enceintes alors qu'elles savent leur statut VIH comme exemples de « ces personnes » (Moseki 2007, 5). Lors d'une présentation à la conférence AIDS Impact en septembre 2009 à Gaborone, les « grossesses répétées » étaient ainsi présentées comme un problème face auquel les responsables politiques devaient s'atteler. La jeune femme qui présentait ce sujet (« *the problem of repeated pregnancies* ») rappelait que quoi qu'ils fassent, ces femmes continuaient de tomber enceintes (« *they repeat, they repeat!* », présentation à la conférence AIDS impact, Gaborone, 29 septembre 2009). Mise en perspective avec les incertitudes sociales et médicales, l'expression

³⁸⁵ Commentaire effectué à l'issue de ma présentation à l'Alliance française de Gaborone, 4 octobre 2009.

³⁸⁶ Lors d'un discours pour la journée mondiale contre le sida le 1er décembre 2006. En référence au slogan écrit dans le cadre d'un document politique intitulé « Vision 2016 » qui vise à fournir un cadre politique et moral avec des objectifs à atteindre pour le 50ème anniversaire de la nation botswanaise.

³⁸⁷ Le président parlait lors de la fête d'adieu des volontaires Peace Corps organisé par l'ambassade des États-Unis, ces Peace Corps ayant été affecté à différents secteurs de la prise en charge et la prévention du sida, Mmegi, 7th March 2007.

³⁸⁸ Article paru dans le quotidien Mmegi, 29th May 2007.

³⁸⁹ "They go back to their old wild sexual ways deliberately forgetting that they are HIV positive and infecting others", cité par Moseki, 2007: 7.

« grossesse répétée » rappelle que l'on impute toujours l'intentionnalité de la transmission du VIH aux femmes. Les femmes séropositives à destination desquelles le gouvernement a mis en place un programme de PTME constituent une figure d'irresponsabilité, « émetteur » donc responsable.

Parmi les multiples incertitudes soulevées par l'épidémie de sida, la reproduction pose des questions morales et politiques spécifiques à la société botswanaise. Par son impact social, économique elle ravive des questions essentielles sur le travail du soin au sein de la « communauté imaginée » qu'est la nation (B. Anderson 1996).

La crise morale du soin face à l'ampleur des transformations sociales

Les représentants d'un gouvernement qui a œuvré avec les partenaires de Harvard et des CDC à la mise en place d'un programme de PTME tendent à construire la grossesse pour les femmes séropositives comme un problème d'ordre moral : les femmes ne savent pas contrôler leur désir d'enfant et leur inconscience est dommageable pour la marche du pays vers une « modernisation » dont les avancées biomédicales et les programmes de santé publique sont emblématiques. Les enfants nés séropositifs sont pris en charge dans le cadre de programmes pédiatriques dont le plus important est celui de Gaborone, à l'hôpital Princess Marina, où l'université texane Baylor a édifié un centre de prise en charge du VIH et de recherche clinique chez les enfants séropositifs.

Le contrôle de la reproduction est un outil de politique démographique qui est l'apanage des États autoritaires (politique de l'enfant unique en Chine). Au Botswana, l'épidémie de sida survient dans un pays qui vit une transition démographique et dont les habitants se décrivent comme un pays avec « une petite population » (*we are a small population*). Le programme d'accès aux antirétroviraux, même s'il comporte des caractéristiques d'une biopolitique des populations n'est pas pour autant un outil de contrôle de la reproduction. N'est-il pas plutôt un lieu où se déchiffrent les dilemmes politiques et moraux du « prendre soin » et où est questionnée la relation des citoyens à l'État ?

En premier lieu, les « grossesses répétées » réactivent le problème des « grossesses adolescentes », véritable panique morale pour les autorités politiques depuis les années 1990. Pour l'année 1988, l'enquête démographique³⁹⁰ avait noté une augmentation des maternités parmi les adolescentes avec 24% des jeunes femmes de 15 à 19 ans qui sont mères et 45% des demandes d'accès à la contraception n'étaient pas remplies. Au début des années 2000 le Plan de Développement National 2003-2008 estime que « 17% des adolescentes sont mères dont 85% de façon non planifiée » et parle des conséquences négatives en termes d'éducation, de potentiel pour une vie productive. Les grossesses adolescentes ou « extra-maritales » sont apparues surtout à partir des années 1930 comme le raconte Isaac Schapera dans un article qu'il consacre à cette question en 1933³⁹¹. Avec les intenses mouvements de migration des hommes vers les mines d'Afrique du Sud, la société Tswana fut amenée à tolérer les relations sexuelles et la procréation hors du cadre du mariage. Malgré les injonctions des missionnaires, les jeunes femmes ont commencé à avoir des enfants de plus en plus tôt. Julie Livingston (2003) note aussi que la puberté précoce des jeunes filles

³⁹⁰ Demographic Health Survey, Government of Botswana, 1991.

³⁹¹ « Premarital pregnancy and native opinion » (1933).

(dont les raisons sont diverses, parmi lesquelles: disparition de pratiques consistant à retarder l'âge de la puberté, meilleure alimentation) explique aussi la généralisation de ces grossesses adolescentes. Pourtant, la politique de l'éducation ne tolère pas que les jeunes filles tombent enceintes, et lorsqu'il s'avère qu'elles le sont, elles doivent immédiatement quitter l'école. Elles ne peuvent y revenir que lorsque l'enfant a plus d'un an et changer d'école (Meekers et Ahmed 1999). L'épidémie de sida a également entraîné une crise du soin pour les enfants orphelins dont le nombre est estimé à plus de 100 000 à savoir près de 15% des enfants Tswana³⁹². De moins en moins les familles ont été en mesure de prendre soin des enfants, dans le cadre de la famille étendue (*kinship*). Bianca Dahl (2009) a expliqué que la population avait de plus en plus de mal à faire face à cette crise des orphelins (et la crise de la prise en charge) avec le système de prise en charge traditionnelle (*fosterage*), une inquiétude traduite dans le langage chrétien de l'altruisme et de l'amour pour accepter de prendre en charge des enfants, même ceux qui ne sont pas de leur famille.

L'épidémie de sida accentue la panique morale au sujet des orphelins, des filles mères célibataires et non scolarisées entraînant une « crise du soin ». Cette crise du soin trouve certaines réponses avec la généralisation des thérapies antirétrovirales qui permettent aux personnes séropositives de vivre plus longtemps, de faire des projets, d'envisager de faire des enfants. Pour autant, les enjeux de reproduction, les interrogations et les contestations dont ils sont l'objet montrent l'ampleur d'une crise sociale, morale et politique dont les médicaments ne constituent qu'un des éléments de réponse et qui est toujours évalué à l'aune de son inscription sociale.

Conclusion du chapitre 7

La prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant n'est pas uniquement un objet de recherche clinique et de débats internationaux sur l'éthique biomédicale. Elle est aussi un acte médical, un protocole prophylactique sur lequel les politiques de santé et les recherches internationales ont mis l'accent de façon très prononcée. L'étude de la PTME en pratiques, dans le quotidien de la prise en charge montre qu'elle engage aussi l'ensemble de la société. Le temps de cette prise en charge met en jeu des incertitudes médicales et un ensemble préoccupations d'ordre politique et moral de la part des soignants et des patients. Les femmes sont placées au premier plan de la responsabilité de la transmission du VIH à l'échelle de la société et les soignants et responsables politiques redoublent d'efforts pour tenter d'assurer un contrôle sur la reproduction. Au-delà de l'expression de ces rapports de pouvoir liés au genre, renforcés par les rapports de domination intrinsèques au contexte de la consultation médicale, la prise en charge des femmes séropositives enceintes révèle les nombreux dilemmes qui se posent aux soignants, aux responsables politiques et à elles-mêmes. Les incertitudes médicales d'un protocole antirétroviral qui a été au cœur de controverses internationales sur l'éthique biomédicale et dont l'efficacité a été soumise à de

³⁹² Enfants de moins de 17 ans, ayant perdu au moins un parent, d'après les chiffres de l'Onusida et le Botswana Census de 2001 (B. Dahl 2009, 25).

constantes réévaluations expliquent les réticences des soignants par rapport à cette politique de santé. De la même façon, les inquiétudes des soignants, des patientes et des responsables politiques montrent l'impossibilité de réduire à un protocole médicamenteux l'ampleur de la « crise du soin » que connaît la société botswanaise. Au moment où le traitement est octroyé aux femmes afin qu'elles puissent poursuivre leur grossesse en bonne santé et puissent mettre au monde un enfant séronégatif, la médicalisation du VIH à l'hôpital Princess Marina à Gaborone met enfin en lumière les inégalités liées au genre dans la citoyenneté, c'est-à-dire à leur appartenance à la communauté nationale en tant que mère, épouse et citoyenne recevant des soins gratuits. La citoyenneté entrevue dans la prise en charge et le soin qualifie à nouveau le lien d'obligation et de conformité par rapport aux devoirs liés au statut de femme.

Peu, sinon aucune place n'est laissée dans ces préoccupations sociales et politiques à la prise en charge de la terminaison de grossesse, qui est cantonnée au registre de la désapprobation sociale et morale. L'analyse de la prise en charge des suites de fausse couche ou d'avortement s'est pourtant avérée cruciale pour souligner l'ensemble de ces enjeux sociaux et moraux et liés au genre. Surtout ce prisme d'observation a montré deux autres enjeux importants. Tout d'abord, sur le plan de la santé publique, la prise en charge de l'avortement montre qu'un problème de santé d'une telle acuité peut demeurer déconnecté des politiques de prise en charge du sida. Ensuite, le traitement des femmes migrantes zimbabwéennes montre que ces femmes faisaient l'objet d'une exclusion à plusieurs titres : du fait de leur nationalité étrangère, de la criminalisation de l'avortement et de leur présence sur le territoire botswanais, des pratiques qui, au moment de leur prise en charge, réaffirment leur exclusion de la communauté morale.

Chapitre 8 – Imagination nationale et santé publique

A Gaborone, les services centraux de l'immigration sont situés dans un bâtiment éloigné du centre ville. Il est impossible d'y aller à pied, ni en *combi*. Il faudrait en prendre au moins deux, sinon trois, changer à la gare centrale, donc faire un détour, puis longer sur quelques centaines de mètre la large voie rapide de Western Bypass. Mieux vaut y aller en taxi. Il suffit de dire au chauffeur '*Immigration*' pour qu'il vous conduise dans ce bâtiment moderne connu de tous. Le bâtiment ferait plutôt penser à des locaux commerciaux, voire à des studios de cinéma avec son enseigne circulaire *Universal*. Il convient d'y arriver tôt, bien avant l'ouverture à 7h30, pour être parmi les premiers à faire la queue à l'extérieur en déclinant les offres de « spécialistes » qui proposent leur service pour constituer le dossier, vérifier les pièces et rédiger une lettre d'appui au dossier de demande de permis de résidence.

J'ai eu à me présenter au Service de l'immigration plusieurs fois afin de régulariser mon séjour au Botswana. Après avoir obtenu un permis de recherche en juillet 2006, je me suis rendue à Gaborone en novembre dans l'intention d'y résider au minimum quatre mois consécutifs³⁹³. J'ai déposé le 6 novembre 2006 une demande dans laquelle figurait un certificat médical qu'un médecin français exerçant dans le privé avait rempli. Je suis étrangère mais je peux payer pour mes soins et les vexations bureaucratiques n'ont pas les mêmes conséquences pour une blanche, affiliée à l'université que pour des immigrés zimbabwéens en quête de travail. Lorsque je me suis présentée, un mois plus tard, pour chercher le permis de résidence, celui-ci n'était pas prêt, la demande avait été traitée mais je devais revenir la semaine suivante, le temps qu'ils « tapent et tamponnent » me dit poliment l'agent au guichet.

Ce jour-là était un vendredi, jour de prière qui réunit tous les agents du service et les usagers autrement dit les prétendants au séjour au Botswana et les fonctionnaires du département de l'immigration et de la citoyenneté du ministère des affaires intérieures et du travail³⁹⁴. Nous sommes

³⁹³ J'y résiderai finalement huit mois en 2007. J'aurais souhaité prolonger ce séjour – j'y étais autorisée par un permis de résidence d'une durée de 12 mois – mais j'ai dû y renoncer étant donné que mon compagnon et ma fille qui m'accompagnaient se sont vus eux refusés l'octroi d'un permis de résidence car nous n'étions pas mariés. Leur séjour n'a pu excéder 6 mois plus une prolongation de deux fois 15 jours.

³⁹⁴ Department of Immigration and Citizenship, Ministry of Labour and Home Affairs.

tous réunis autour d'un prêche. Ce matin là le jeune agent qui se présentait comme le maître de cérémonie, avait expliqué qu'il parlerait du sida, et en particulier du B dans « ABC »³⁹⁵, c'est-à-dire de la fidélité, fidélité aux autres et à soi-même. La petite cérémonie, moment de calme préalable à la ruade vers les guichets d'étrangers en quête de régularisation, m'était apparue comme un moment d'enseignement de normes de bienséance, de respect et comme une métaphore du comportement qui sied aux étrangers séjournant au Botswana. Chaque fois que j'ai eu à revenir au service de l'immigration, je m'y suis rendue un vendredi matin³⁹⁶. Le 15 décembre le même agent reprenait sa discussion autour du respect et du mensonge en condamnant le fait d'aller voir « à droite et à gauche » dans ces temps où il faut accepter le sida. Le 19 janvier, une employée et un garde en uniforme (*Goverment Service*) ont effectué un prêche en duo en setswana et en anglais, de façon très engagée, en parlant fort et en citant la Bible pour appeler à trouver la lumière de Dieu face au tueur, le sida : « La vie n'est pas une affaire de sursis, vous n'êtes pas en sursis. Ne vous plaignez pas sur votre sort ». Le duo de prêcheurs appelait les auditeurs à trouver la combativité nécessaire pour repousser ce Satan et refuser la plainte et la petitesse. Une semaine plus tard, les deux mêmes personnes enjoignaient un auditoire réceptif de plus de 50 personnes à vivre, se lever (« *rise up !* »), à chercher les choses bonnes, à changer en qualité (*tanofo*) et à exprimer sa joie : « Ne vivez pas dans la détresse, Vivez dans la joie ! » exhortaient-ils dans un langage rappelant la sémantique pentecôtiste du renouveau et de la renaissance. J'ai vécu ces moments de partage comme des instantanés de performance d'une communauté nationale face au sida. La démonstration de la puissance bureaucratique et son inscription dans un corpus moral d'inspiration religieuse apparaissait sous une forme contrastée. Le sida met en contact la nation botswanaise avec l'étranger et semble renforcer les traits de sa représentation, son « imagination nationale ».

Comme dans l'affiche de prévention de l'aéroport de Maun – en introduction de la troisième partie, lors du franchissement des frontières l'étranger est interpellé par la façon dont le pays, ravagé par le sida, se mobilise et lutte. Le visiteur est invité à l'apprentissage de règles, de normes, aux interactions répétées qu'il aura avec des agents de l'État, fonctionnaires, policiers – à ces rencontres avec des institutions publiques rappelant la présence de l'État dans les relations sociales. Comme dans le centre de soins (chapitre 6), le moment de prière est un moment performatif de l'action gouvernementale et de la mobilisation étatique. Les fonctionnaires du service de l'immigration participent à la lutte contre le sida et performent au quotidien ce que signifie l'appartenance à une communauté politique qui mène une action publique face au sida et donne du sens à ses politiques de lutte comme je vais le montrer dans ce dernier chapitre.

Dans l'histoire contemporaine botswanaise, une distinction s'est opérée entre les étrangers dits « Européens » (blancs) et les étrangers africains (noirs). Dans les premières années de l'État indépendant, les étrangers étaient en majorité des sud-africains blancs que le pouvoir colonial avait envoyés au protectorat du Bechuanaland car cela était moins coûteux que d'y maintenir des Britanniques ; des familles sud-africaines, indiennes voire européennes installées au Botswana depuis

³⁹⁵ « ABC » fait référence au slogan de prévention « Abstain, Be faithful, Condomize » ou Abstinence, Fidélité, Préservatif.

³⁹⁶ 15 décembre 2006 ; 19 janvier 2007 et 26 janvier 2007.

plusieurs décennies. Ces étrangers ont obtenu la nationalité botswanaise à l'indépendance avec la loi sur l'immigration (*Botswana immigration Act*) qui réglementait le séjour des étrangers dans le pays adoptée par le Parlement en même temps que la Constitution, le 30 septembre 1966, jour de l'indépendance du pays.

Après l'indépendance, les autorités botswanaises ont eu besoin de renforcer leur contingent d'expert et de conseillers et ont accueilli des étrangers qualifiés en provenance des pays voisins afin de combler les besoins dans l'administration. A mesure de l'industrialisation du pays, de l'essor économique et du développement des services d'éducation et de santé, cet appel à l'expertise étrangère s'est poursuivi et les postes dans l'administration, à l'université, dans la coopération technique ont été confiés à des étrangers venant de pays africains, européens voire de pays plus lointains (Australie). Ces experts ont aidé les élites politiques botswanaises à mettre en œuvre leurs plans de développement nationaux, à attirer l'investissement étranger, à soutenir l'initiative privée et la création d'entreprises (Tsie 1996). Les gouvernements successifs ont résisté aux sirènes de l'africanisation³⁹⁷ et n'ont pas cherché à remplacer trop hâtivement ces experts étrangers par des nationaux car ils estimaient ne pas disposer localement de bureaucrates compétents. Plus récemment, avec la crise économique et sociale qui s'est généralisée sur le continent dans les années 1980 et 1990, le pays a connu une immigration en provenance de pays africains voisins du Nord (surtout de la République Démocratique du Congo, de la Zambie et du Zimbabwe) en quête de travail.

D'après les statistiques nationales, en 1981 (sur une population d'environ un million d'habitants), on dénombrait 15677 « résidents non-citoyens ». Dix ans plus tard, en 1991, sur une population 1.6 million d'habitants, le nombre de résidents étrangers était évalué à 29557 et en 2001 ceux-ci étaient estimés à 60716. Leur nombre a donc doublé en dix ans. Aujourd'hui, les étrangers sont majoritairement (98%) originaires d'États membres de la Communauté de Développement d'Afrique australe (SADC)³⁹⁸; 1.2% viennent d'autres États africains; 0.4% d'Asie; 0.2% d'Europe et 0.1% d'Amérique/Océanie (Nyamnjoh 2006). De façon significative, les projections nationales pour 2031 font état d'un mouvement de population étrangère baissant chaque année jusqu'à atteindre moins de 2000 personnes : ces projections reposent sur l'assomption d'une baisse des mouvements migratoires vers le Botswana³⁹⁹. Cette illusion parle tant de la capacité de l'État à se projeter statistiquement dans l'avenir que de l'imagination nationale : un pays qui a recours à des étrangers pour le développement national et dont l'un des objectifs politiques est de diminuer cette dépendance.

Aussi l'action publique face au sida mérite-t-elle d'être étudiée à l'épreuve de ce paradoxe d'un recours croissant aux experts étrangers (et renforcé par la lutte contre le sida) et de la mise en œuvre

³⁹⁷ L'africanisation, à l'indépendance des pays africains désigne les politiques « raciales » ou de préférence nationale, mises en œuvre afin de remplacer les Européens occupant des fonctions dans l'administration au profit d'Africains nationaux. Voir par exemple (P. Daniel 1979).

³⁹⁸ La Communauté de Développement d'Afrique australe (SADC) est une organisation régionale créée en 1980 par l'organisation des pays de la ligne de front, coalition de pays luttant contre l'Apartheid dans la région. La SADC compte aujourd'hui 15 États membres et son siège est à Gaborone.

³⁹⁹ Population Projections for Botswana 2001-2031, Central Statistics Office, september 2005, p. 12 (tableau à faire figurer en annexe), il est précisé laconiquement à la page précédente « With some smoothing across quinquennia, migration flows are projected on the further assumption that net flows gradually decline in the future toward zero ».

d'une politique de santé publique sur une base ou une idéologie nationale. J'étudierai ainsi successivement la signification donnée par le pouvoir à la politique de santé publique (à partir de l'exemple de la politique de dépistage) puis sa finalité en analysant les décisions politiques concernant les bénéficiaires de la politique d'accès aux ARV et les projets gouvernementaux visant à réduire la dépendance envers les experts étrangers dans le domaine de la santé.

Section 1: Le sens de la politique de santé publique: un pouvoir bienfaisant, des tendances autoritaires

Depuis le 1^{er} janvier 2004, un décret présidentiel stipule que le dépistage du VIH se fait dans le système de santé public en « routine », c'est-à-dire que tous les soignants sont encouragés à proposer systématiquement aux patients un test de dépistage du VIH :

Le dépistage du VIH doit être proposé aux patients qui se présentent pour des signes cliniques ou symptômes suggérant le VIH/sida ; aux femmes enceintes dans les cliniques anténatales ; aux patients ayant des infections sexuellement transmissibles ; à tous les patients âgés de 16 ans et plus se présentant dans les structures de santé ; à tout individu venant pour un examen médical⁴⁰⁰

Le dépistage « en routine » constitue un changement notable dans la prise en charge du VIH car il dispense d'un entretien « pré-test » dit de *counselling* et de la signature d'un formulaire de consentement. Les patients acceptent ou, dans le cas contraire manifestent leur refus. Auparavant le patient devait manifester clairement son consentement ; il doit aujourd'hui exprimer un refus explicite s'il ne souhaite pas être dépisté. En 2004, ce changement de politique de dépistage s'inscrivait au cœur d'un débat international dans le champ du sida. A travers la possibilité de faire évoluer la norme du dépistage du VIH, des politiques de santé publique se confrontent.

Le dépistage du VIH comme politique publique

Depuis que les tests de dépistage du VIH existent (1985), la définition, par les autorités sanitaires, d'une politique de dépistage suscite de nombreuses controverses. Chaque fois qu'il a été question de généraliser le dépistage, les velléités des pouvoirs de le rendre obligatoire ou de le restreindre à des « groupes à risque » ont été mises en cause par les associations de lutte contre le sida.

La politique de dépistage en santé publique poursuit généralement au moins deux objectifs. D'une part un objectif « technique » de lutte contre la propagation du virus et d'autre part un objectif social et politique qui vise à rassurer la population et montrer la détermination des autorités sanitaires (M. Setbon 1992). A partir des années 2000, avec la généralisation de l'accès aux médicaments en Afrique, le dépistage refait son apparition dans le débat public. En effet tandis qu'était évalué le nombre de personnes ayant besoin de traitements, une proportion très importante de personnes ne connaissant pas leur statut VIH était mise en évidence, ce qui fit redouter une politique d'accès aux médicaments inefficace. Des médecins et des spécialistes de santé publique ont commencé à poser

⁴⁰⁰ Voir P. Mazonde, « Routine Testing: Policy intervention boosts programme uptake », in *Rolling out ARV Therapy in Botswana, Masa Programme*, 2007: 7.

la question d'une inversion du paradigme du dépistage en Afrique. En particulier Kevin De Cock, directeur de l'agence états-unienne des Centers for Disease Control (CDC) au Kenya promut très activement cette approche et employa l'expression d'« ombre sur le continent » (*Shadow on the continent*) dans un article paru en 2002 dans le *Lancet*. Le clinicien n'hésitait pas à utiliser une référence à l'ouvrage de Joseph Conrad « Au cœur des ténèbres »⁴⁰¹ pour désigner le spectre d'une extension incontrôlée et incontrôlable du virus en Afrique, en raison de cette méconnaissance généralisée de leur statut par les personnes infectées par le VIH.

Le dépistage en pratiques : « il y a des traitements là-bas »

Lors de mon enquête début 2007, le service des Urgences était un site privilégié pour observer l'accélération du dépistage recherchée par les autorités politiques. Le service accueillait des patients ayant été vus dans une clinique locale ou se présentant d'eux mêmes. De nombreux patients se présentaient avec des symptômes caractéristiques d'infections opportunistes liées au sida : amaigrissement, vomissements, diarrhée, syndromes respiratoires. Les soignants leur proposaient d'autant plus facilement un test de dépistage que les traitements antirétroviraux étaient disponibles gratuitement via le système de santé public. Les médecins étaient certes enclins à proposer un dépistage du VIH en routine mais seulement lorsqu'ils avaient une forte présomption d'affection liée au VIH. La disponibilité de traitements gratuits facilitait le travail des soignants qui précisent aux patients : « Si c'est le VIH, il y a des traitements là-bas »⁴⁰² (le médecin indiquant du doigt la direction du centre de soins). En revanche, lorsque cette présomption n'était pas avérée sur le plan clinique, ils ne proposaient pas de procéder à un dépistage du VIH alors que la politique de dépistage en routine les y contraignait théoriquement. Du reste, les patients eux-mêmes demandaient fréquemment que le dépistage du VIH soit effectué mais l'organisation hospitalière n'y répondait pas toujours efficacement : difficultés pour délivrer les résultats à temps aux patients par manque de personnel, de temps pour retrouver les dossiers, ou en raison de défaillance technique. En dehors de ces instabilités du système de santé, le dépistage se généralisait à l'hôpital sans que les patients n'expriment d'opposition. Comme le rappelait le Dr Moffat, directeur de l'hôpital Princess Marina au moment où se décidait et se mettait en œuvre la politique, l'important était d'intégrer le dépistage dans l'ensemble des tests communément pratiqués :

C'est dommage que [le dépistage en routine] ait rencontré de telles oppositions de la part des défenseurs des droits de l'homme car il fallait vraiment voir au-delà des dangers potentiels pour voir que ... quand cela a été présenté aux patients, on a été surpris de voir que très peu de patients déclinaient : ils disaient en somme « pourquoi me demandez-vous au sujet du VIH, vous faites des tas d'autres tests sur moi que vous ne m'expliquez pas et j'accepte alors pourquoi ne pas juste inclure le VIH dans tous ces tests ? » (Retranscription d'entretien (1) Dr H. Moffat, ministère de la Santé, Gaborone, 4/11/2008).

Les associations telles que BONELA ont reproché aux autorités gouvernementales de n'avoir pas procédé à une évaluation nationale des capacités du système de santé à mettre en œuvre avant

⁴⁰¹ « Heart of darkness » est le titre du roman de Joseph Conrad paru en 1902 et qui relate la « face sombre » de la colonisation belge au Congo.

⁴⁰² « There are treatments over there », une phrase qu'employait volontiers le Dr Nurrudin, aux Urgences, pour justifier la proposition d'un dépistage du VIH (observations aux Urgences, 25/1/2007).

de prendre ce type de décision concernant le dépistage. C'est en effet le caractère politique de la décision et son inscription dans un débat international qui a primé pour les autorités politiques et qu'il importe de retracer. Cela permet en effet de prendre en compte l'engouement international pour une modification de l'approche dite « de santé publique »⁴⁰³ et la façon dont les autorités sanitaires y adhèrent et procèdent à sa mise en application. Il s'agit d'étudier la signification politique et le sens donné à la politique de santé publique. Que nous apprend cette politique sur la façon de gouverner ? Quel type de relation instaure-t-elle entre le pouvoir politique et la population de citoyens ?

À l'origine de la politique : une prise en charge médicamenteuse tardive

Dans le courant de l'année 2003 tandis que les centres d'accès aux ARV inscrivaient les patients dans le programme et que les effets en termes de santé publique commençaient à être perceptibles, les responsables de programme déploraient le fait que les personnes ne se présentaient pas « massivement » devant les cliniques pour obtenir les médicaments, et que lorsqu'ils se présentaient c'était souvent « trop tard ». Il fallait alors d'abord les hospitaliser et cette hospitalisation à un stade trop avancé du développement des symptômes du sida était extrêmement coûteuse (en temps pour le personnel soignant, en moyens pour le système de santé). Sous le regard des observateurs internationaux étudiant la mise en œuvre du programme Masa, les médecins et responsables politiques multipliaient les déclarations pour expliquer ce constat tandis que les médias internationaux donnaient un large écho à l'expérience botswanaise face au sida. Le directeur de ACHAP, Donald de Korte, signalait au *Washington Post* dès 2002 : « C'est stupéfiant. Nous faisons des miracles et c'est totalement insuffisant »⁴⁰⁴. De son côté Ernest Darkoh, à la tête de Masa, alertait sur le fait que le programme ne s'adressait qu'aux plus malades : « la plupart des personnes ignoraient leur statut car il n'y avait pas d'incitation au dépistage. De ce fait, les premières personnes que l'on a identifiées se présentaient à l'hôpital car elles étaient déjà très malades ; elles requéraient des interventions héroïques et très coûteuses »⁴⁰⁵. Les médecins dans les cliniques et hôpitaux ont été les premiers à relayer ce constat auprès des responsables des services de santé, en l'occurrence Dr Patson Mazonde, responsable des services de santé au ministère de la santé, qui revendiquait une « approche traditionnelle de santé publique » pour le dépistage du VIH. A la fin de l'année 2002, le président lui-même dans son discours à la nation déplora : « 2400 patients ont été mis sous traitement (...) mais malheureusement, de nombreux patients sont traités alors que la maladie est déjà à un stade avancé ». Le président de la République reprit les informations qui lui parvenaient du programme de PTME commencé dès 1999 et qui jugeaient très insuffisant le nombre de femmes

⁴⁰³ Une recherche menée par des médecins de l'hôpital de San Francisco et de l'université UCSF qui évalue à 81% le nombre de participants à l'étude jugeant très ou assez bien cette politique (Weiser et al., 2006), étude citée et reprise par les responsables de santé publique. L'engouement pour le dépistage en routine est également loué par une étude menée sous la direction de Tracy Creek du CDC Atlanta, qui conclut à une bonne réception au Botswana et aux bénéfices de santé publique notamment pour PMTCT (Creek et al. 2007).

⁴⁰⁴ <http://www.pbs.org/wgbh/pages/frontline/aids/countries/bw.html> consulté le 03/11/2010

⁴⁰⁵ Chabrol, F. 2005. « Le VIH/sida au Botswana ». Le Journal du Sida (177), article rédigé après ma courte enquête de terrain en 2004, envoyé à la responsable de la communication de l'équipe Masa. L'extrait cité comporte des suggestions faites par E. Darkoh lui-même dans le texte de sa citation.

participant au programme car nombre d'entre elles refusaient le dépistage⁴⁰⁶. Le refus de ces femmes, puis par extension, de la population générale ne fit pas l'objet d'une réflexion spécifique mais il servit d'argument pour cette politique visant à détecter les porteurs du virus plus tôt. Les responsables de santé publique ont mis en cause la procédure de dépistage reposant sur la norme internationale du *Voluntary Counselling and Testing* (VCT) qui impliquait des précautions que le Dr Mazonde⁴⁰⁷ et le président Mogae⁴⁰⁸ qualifièrent de « *rigamarole* » c'est-à-dire de « longue description incompréhensible et insensée ». Cette interprétation met en avant l'extériorité de la norme et son inadaptation au contexte de santé publique botswanais : des services surchargés par les malades du sida.

Les médecins à l'hôpital ont plaidé auprès des autorités gouvernementales pour l'adoption d'une procédure qui pourrait faciliter la détection des « futurs » patients afin de parvenir, progressivement, à ne plus s'occuper exclusivement que des plus malades. En 2002-2003, les patients qui devaient être mis sous traitement requéraient d'abord de nombreux soins avant même de pouvoir bénéficier d'antirétroviraux : « [cette mesure] a vraiment été encouragée par les médecins » rappelle le Dr Moffat, ex-directeur de l'hôpital. En plus du constat médical et de santé publique et de la volonté de ne pas alourdir ni ralentir la prise en charge thérapeutique du patient, les autorités publiques cherchaient également à « normaliser » le VIH/sida. Le directeur de la principale association de personnes séropositives confirma cette perspective:

Quand le VIH/sida a été découvert, cela a été géré comme quelque chose de spécial et c'est pour cela que le VIH/sida a été *spécialisé* avec par dessus tout les droits de l'Homme, alors que, par exemple, si le SRAS arrivait ici, ils feraient exactement ce qu'ils veulent pour le contenir... ils te mettraient en quarantaine, peu importe si tu veux ou non, mais avec le VIH ils ne peuvent pas faire ça, pourquoi ? S'ils avaient commencé par faire ça, peut-être qu'ils auraient arrêté la progression du VIH et du SIDA (...) avec la confidentialité, les droits de l'Homme, ... s'ils agissaient ainsi ce serait comme s'ils violaient les droits d'autrui, et ce qui marche bien dans notre pays c'est le test de routine, c'est mieux parce qu'avant la plupart des gens étaient testés alors qu'ils étaient vraiment au stade terminal, ce qui n'était pas une bonne façon de faire (Retranscription d'entretien avec D. Ngele, directeur BONEPWA, Gaborone, 28/7/2004).

Une décision de compromis

David Ngele est l'une des premières personnes à s'être publiquement déclaré séropositif au Botswana. Dans cet extrait, le directeur de l'association défend la politique gouvernementale, ce qui est plutôt inhabituel dans l'activisme anti-sida à cette période dans le reste du monde. Il exprime une confiance envers les dirigeants au point de leur conférer un pouvoir qu'il aurait souhaité plus contraignant, adoptant par exemple des mesures de quarantaine. Un tabou dans l'histoire internationale du sida dans laquelle les personnes touchées ont défié les pouvoirs publics et ont fermement promu le respect des droits individuels pour lutter contre la stigmatisation des groupes les

⁴⁰⁶ Sur l'acceptabilité du dépistage en routine, on peut se référer à la critique de deux articles publiés dans PlosMed en 2006 que j'ai écrite pour la revue *Botswana Review of Ethics, Law and HIV/AIDS* (BRELA, vol. 1, n° 1, 2007), voir: http://bonela.org/index.php?option=com_content&view=article&id=111&Itemid=259

⁴⁰⁷ Propos tenus lors du séminaire organisé par BONELA, 13 septembre 2003, résumé des débats (non publié). BONELA dans son document traduit « *rigamarole* » par « a long confusing description ».

⁴⁰⁸ « I am quite dissatisfied because of the rigamarole one has to undertake », in « Mogae defends AIDS testing », *Washington Times*, 11 mai 2004.

plus exposés. Cette posture a fondé ce qui a été appelé l' « exceptionnalisme du sida ».

L'adoption du dépistage en routine apparaît dès lors comme un compromis entre la norme contestée (l'exceptionnalisme) et une approche qui aurait pu être plus autoritaire (le dépistage obligatoire). La ministre de la Santé avait en effet défendu une politique de « notification obligatoire au partenaire »⁴⁰⁹ et le président n'avait pas caché être favorable au dépistage obligatoire du VIH⁴¹⁰, une opinion partagée par plusieurs acteurs. Le responsable de la communication du programme Masa lors d'une conversation informelle regretta que la politique gouvernementale face au sida ne fut pas plus autoritaire (au moyen par exemple de quarantaine). Le directeur du réseau de centre de dépistage *Tebelopele*, dont le fonctionnement repose sur le principe du VCT, reconnaissait également que face à une épidémie généralisée et une méconnaissance si grande du statut VIH parmi la population, les autorités publiques botswanaises auraient eu la possibilité de recourir à une méthode plus radicale :

C'est un important pas en avant [*le dépistage de routine*], c'est une bonne décision même s'il y a pas mal de problèmes (...) [*en ce qui concerne le*] dépistage obligatoire, les associations de droits de l'homme auraient hurlé ! Pourtant, la population est si petite, avec un bon réseau de centres et de cliniques, ici on aurait dû le faire (Notes d'entretien, directeur Tebelopele, Gaborone, 4/6/2007).

Le responsable du réseau de dépistage soulignait la cohérence de cette approche dans un système de santé botswanais possédant une couverture sanitaire satisfaisante. Responsables de santé publique et leaders politiques étaient unanimes sur la nécessité de mesures incitatives et quant à leur faisabilité parmi « une petite population ». Mais les associations de défense des droits de l'homme se sont inquiétées du respect de la confidentialité dans ce changement de paradigme pour le dépistage ainsi que sur la formation des soignants. Un débat public sur le changement de procédure s'était ouvert et la presse locale s'en fit l'écho après une réunion organisée en juin à l'initiative du ministère de la Santé. En septembre 2003, BONELA organisa une réunion de consultation afin de clarifier les enjeux et de proposer des recommandations pour la réunion du National AIDS Council (NAC) qui devait statuer sur le dépistage. Responsables associatifs, administratifs et politiques discutèrent avec les membres des associations et juristes présents⁴¹¹. Des points de désaccords demeuraient mais le président trancha et, sur recommandation du NAC publia un décret présidentiel sur l'adoption du dépistage du VIH en routine dans le système de santé publique. Le président a personnalisé cette décision, et dans ses discours il avait fréquemment rappelé la nécessité d'aller se faire dépister. Lui-même s'était soumis à un test de dépistage en novembre 2005, en direct à la télévision nationale pour tenter de banaliser cette démarche par une image symbolique forte (Eboko, Owona Nguini, et Enguéléguélé 2009, 58).

L'adoption d'une politique de dépistage volontariste par le président botswanais, s'appuyant sur l'ensemble des institutions et responsables de santé publique (le soutien est unanime des

⁴⁰⁹ Voir K. Ahmad, « Concerns raised about Botswana's proposed HIV-disclosure law », *The Lancet*, Vol. 356, August 19, 2000.

⁴¹⁰ Par exemple le *Washington Times* du 11 mai 2004 signalait que le président Mogae avait annoncé son intention de rendre obligatoire le dépistage du VIH pour les étudiants candidats à des bourses d'étude en précisant que les résultats n'affecteront pas leur éligibilité. Le président Mogae reconnaissait « I know it won't be popular, but I think we are going to do it anyway ».

⁴¹¹ Compte rendu de ces discussions effectué par BONELA (document non publié).

médecins, à Masa et au ministère de la santé) démontre le poids des autorités gouvernementales dans la définition de la politique de santé publique en actes et de la vocation que se donne l'État comme pourvoyeur et organisateur du soin avec l'élaboration des normes de prise en charge.

Le contexte d'une épidémie généralisée et son traitement médical gratuit sont les deux éléments qui ont permis de reposer la question du dépistage dans le débat public. Comme dans les pays occidentaux, la disponibilité des antirétroviraux permet de relancer un débat latent depuis deux décennies (De Cock et Johnson 1998). L'inégal accès aux médicaments dans les pays du Sud et les risques de stigmatisation expliquaient les atermoiements de l'ONUSIDA et de l'OMS à statuer définitivement sur telle ou telle approche (Bayer et Edington 2009). Posé dès le début des années 1990 dans les termes d'une critique de l'exceptionnalisme – approche centrée sur le respect des droits de l'Homme (Bayer 1991) le dépistage est en effet considéré comme la voie d'accès vers la normalisation de la maladie⁴¹² (Bayer et Edington 2009) ce qui explique la volonté de généraliser l'offre de dépistage de routine au moins pour les femmes enceintes et pour les patients hospitalisés.

Une priorité de la coopération états-unienne

Pour les tenants de l'approche qualifiée d'exceptionnalisme fermement défendue par les héritiers de la pensée de Jonathan Mann autour notamment de Sophia Gruskin, professeur de droit à Harvard, le consensus autour de la norme du Voluntary Counselling and Testing (VCT) ne pouvait être remis en cause car les risques de discrimination étaient encore trop importants. D'un autre côté autour de cliniciens comme Kevin De Cock, il s'agissait de faire entrer volontairement le dépistage du VIH dans une vision normalisée du virus, revendiquant une approche « traditionnelle de santé publique » : s'il y a des malades à traiter il faut d'abord pouvoir les détecter. A cet égard, il est significatif que le problème au Botswana ait surgi au sein du programme PTME qui bénéficie d'un fort appui de la part de BOTUSA, le partenariat entre le gouvernement botswanais et les CDC. Cette optique a été défendue dès 1999 par l'Institut de la Médecine (IOM) qui a recommandé le dépistage du VIH en routine dans le suivi prénatal aux États-Unis. Mais ce n'est qu'en septembre 2006 que les CDC publièrent de nouvelles recommandations pour le dépistage en routine des adolescents, des adultes et des femmes enceintes⁴¹³. Le dépistage en routine est devenu une priorité de la coopération états-unienne au Botswana, ce qui explique que la PTME (avec le dépistage en routine) ait été qualifiée par les responsables de BOTUSA comme « un programme que nous dorlotons beaucoup, nous finançons pratiquement tout le programme »⁴¹⁴. Par ailleurs le dépistage du VIH était un des axes forts de la coopération avec le CDC dès la fin des années 1990, à travers les *Tebelopele*, réseaux de centres de dépistage construits à travers le pays⁴¹⁵. Pour la coopération américaine, le dépistage

⁴¹² Pour Setbon (2000), en France, la normalisation de l'action publique caractérise surtout la modification de la perception sociale du risque lié au VIH/sida, et se situe après une phase de mobilisation exceptionnelle et le point de basculement concerne notamment la disponibilité des traitements (1996).

⁴¹³ Revised Recommendations for HIV Testing of Adults, Adolescents, and Pregnant Women in Health-Care Settings, 22 septembre 2006, MMRW, <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5514a1.htm> (8/7/11).

⁴¹⁴ Entretien avec Dr Bodika, épidémiologiste francophone à BOTUSA, Gaborone, 30/5/2007.

⁴¹⁵ En 2000, un programme spécial de l'Ambassade des États-Unis au Botswana en partenariat avec le gouvernement botswanais donne naissance aux centres Tebelopele de dépistage et de conseil volontaire

en routine du VIH constituait donc la réalisation de deux de ses priorités : accroître l'accès au dépistage de la population générale, augmenter le nombre de femmes enceintes inscrites dans les programmes PTME.

Tout comme la mise en œuvre du programme national ARV, le dépistage en routine fut étudié de près par la communauté internationale car la politique adoptée par le gouvernement botswanais offrait la possibilité d'observer sa mise en œuvre et d'évaluer son « acceptabilité » parmi la population (Weiser et al., 2006). Le dépistage est devenu un objet d'étude et les publications scientifiques se sont multipliées au sujet de l'acceptabilité du dépistage en routine, son taux d'acceptation et enfin, de l'accroissement de la proportion de femmes enceintes acceptant de participer au programme de PTME (Weiser et al. 2003; Weiser et al. 2006). De plus, dans le cadre du PEPFAR, la coopération gouvernementale états-unienne insistait fortement sur le recueil de données et de résultats, en l'occurrence pour comptabiliser, chaque année, le nombre de personnes dépistées grâce à l'appui de PEPFAR⁴¹⁶.

Le sens politique de la décision : le pouvoir bienfaisant

Pour comprendre la signification politique de la décision, les approches cognitives de l'action publique sont susceptibles de fournir un cadre heuristique car il s'agit de considérer non plus uniquement les stratégies d'acteurs et la confrontation de leurs intérêts (choix rationnel) ni la seule dimension institutionnelle mais aussi de « resituer les jeux d'acteurs dans un processus plus vaste (et plus complexe) par lequel ils vont participer à la construction de cadres cognitifs et normatifs » (Muller 2005, 155). Cette approche engage à s'intéresser au référentiel, c'est-à-dire aux dimensions d'explication du monde et de mise en normes du monde, les politiques publiques servant à la fois à construire des interprétations du réel et à définir des modèles normatifs d'action (Muller 2000, 195). Tout comme la contestation de l'orthodoxie scientifique du sida par le président sud-africain Thabo Mbeki sur l'efficacité des médicaments antirétroviraux (Fassin 2002) et la coalition d'activistes face à lui exprimaient un message « au monde », la décision présidentielle sur le dépistage en routine au Botswana est-elle porteuse d'un message spécifique?

L'approche « en routine » du dépistage a été défendue par les responsables du programme Masa avec le soutien des CDC (BOTUSA) et facilitée par la disponibilité des traitements ; elle façonne aussi la biopolitique contemporaine au Botswana, c'est-à-dire la façon dont le pouvoir envisage de protéger sa population. L'adoption de dispositifs pour « faire vivre » la population requiert des mesures d'urgence pour lesquelles le discours des « droits de l'homme » apparaît inefficace aux yeux des acteurs botswanais comme le signale David Ngele, directeur du Réseau national de personnes vivant avec le VIH (BONEPWA) :

(VCT). En 2003 ce réseau comprend 16 centres de dépistage et revendique avoir testé 100.000 personnes, à la fin de l'année 2006, plus de 366.000 personnes ont reçu des services de dépistage et de conseil. En 2005, Tebelopele devient un réseau d'ONG et continue à recevoir un appui financier du gouvernement américain. Voir « Tebelopele Overview » document non publié de 3 pages et entretien avec son directeur, Gaborone, 4/6/2007.

⁴¹⁶ Notes d'entretien, J. Raats, directeur Tebelopele, Gaborone, 4/6/2007.

Les gens sont testés plus facilement et obtiennent leurs médicaments plus rapidement, c'est le meilleur aspect du test de routine, c'est vraiment quelque chose pour lequel il faut prendre une responsabilité parce que si nous disons seulement "les droits de l'Homme..." et les gens meurent pendant ce temps, les droits de l'Homme n'arrêtent pas ce pourquoi les gens meurent. Le gouvernement, avec l'introduction du test de routine a dit en somme "laisser les gens mourir n'est-ce pas violer leurs droits ?" car il doit les protéger, et le test de routine peut aider les gens ... à temps ! (Retranscription d'entretien, Gaborone, 28/7/2004).

D. Ngele confirme la primauté de la disponibilité des traitements médicaux sur les dispositifs juridiques de protection des individus et élève le dépistage du VIH sur le même plan que les médicaments, comme un service essentiel permettant l'accès à ces médicaments. Le gouvernement est plus que légitime lorsqu'il cherche à fournir ces services de santé – tout comme l'eau, l'électricité – à ses citoyens. Cette interprétation est partagée par le successeur d'Ernest Darkoh à la tête du programme Masa, le botswanais Segolame Ramothwa qui s'était dit agacé par les préoccupations formulées par les associations de défense des droits de l'homme: « le droit premier est d'être en vie, tous les autres droits sont secondaires »⁴¹⁷. Les droits humains fondamentaux sont les droits liés à la vie et à la survie. Le pouvoir est donc légitime pour se donner les moyens de détecter et d'amener les malades vers le soin car la politique de santé publique vise à « faire vivre » cette population, elle incarne la souveraineté.

C'est en assurant cette fonction souveraine, en protégeant les droits économiques et sociaux – avant les droits civils, que le pouvoir est exercé et légitime. Tout comme David Ngele, Reginah Lesole, « Miss Stigma Free », lors d'une conférence aux Nations Unies en mai 2007, affirmait avoir été « sauvée » grâce à la politique gouvernementale et par Festus Mogae, son « héros » : les antirétroviraux gratuits sont mis à son crédit et le responsable politique se voit consacré dans son rôle de leader bénéficiant d'une confiance populaire (Comaroff et Comaroff 2012).

Plus précisément, l'accès aux médicaments, émanation du pouvoir souverain garantissant aux citoyens des droits économiques et sociaux est aussi une ligne de tension dans les rapports du Botswana au reste du monde, au-delà de la politique de prévention du VIH. La tension dans l'interprétation des droits humains dès lors qu'il s'agit de « protéger la population » et de lui fournir les « services essentiels » fait directement écho à la critique de la politique de relogement des populations San de la réserve centrale du Kalahari. Entreprise par le gouvernement au début des années 2000 en vue de faire bénéficier ces populations d'un accès à des conditions de vie « décentes », cette politique a rencontré une opposition frontale de l'ONG britannique *Survival International* qui s'est engagée dans un procès contre le gouvernement. Les autorités botswanaises, en particulier le président de la République Mogae ont saisi l'occasion de ce bras de fer pour critiquer le « discours des droits de l'homme » (et son imposition de l'extérieur) et tenté de le marginaliser au profit d'une approche en termes de droits économiques et sociaux.

⁴¹⁷ « The first right is to be alive, all other rights are secondary », voir: « Botswana's AIDS program confronts stigma, fear », article publié sur le site Internet de CNN le 5 janvier 2006.

« Il ne faut pas craindre de prendre des décisions controversées » (Festus Mogae)⁴¹⁸

En engageant une modification de l'approche du dépistage du VIH avec le consentement de l'ensemble des acteurs partenaires de la prise en charge médicale du sida, les acteurs nationaux démontrent la capacité à créer les instruments jugés efficaces et à naviguer entre la scène locale et internationale pour défendre une interprétation de l'intervention de santé publique. Plus largement, l'action publique est à même de définir une position à contre-courant de la *doxa* internationale dès lors que la biopolitique de la population entre en jeu. Le président Mogae a déclaré en séance plénière lors de la 17^{ème} conférence internationale sur le sida de Mexico en août 2008 que « prendre soin de sa population » requiert parfois de passer outre les critiques ou les oppositions :

Nous ne devons pas craindre de prendre des mesures controversées – tant que nous sommes attentifs aux droits et que nous prenons soin des besoins de notre peuple. Un exemple est le débat houleux il y a quelques années sur l'adoption du dépistage à l'initiative du soignant pour les femmes enceintes (...) La preuve aujourd'hui vient aujourd'hui à l'appui de notre décision. Nous devons faire la distinction entre les droits humains qui sont absolument sacro-saints, et les droits civils qui sont contextuels.

Dans un autre extrait de son discours à Mexico, le président Festus Mogae avait pris l'exemple paradigmatique en santé publique des vaccinations infantiles. Il rappela que dans le cas où une mère refuserait de vacciner son enfant, il n'attendrait pas de convaincre la mère, il vaccinerait l'enfant. Le pouvoir politique décide et la santé publique concerne le bien-être et la santé de la population, l'intérêt public doit primer sur le confort individuel. L'exemple de la vaccination est un exemple de mesures de santé publique qui mettent en tension les droits individuels (à refuser la vaccination) et la responsabilité à protéger la collectivité. Ces décisions doivent être prises au plus haut niveau car il faut pouvoir, le cas échéant, agir à contre courant de l'opinion publique nationale ou internationale. Lorsque C. Stegling avait proposé le sujet « distribution de préservatifs en prison »⁴¹⁹ en discussion en 2004 au sein du National AIDS Council présidé par Festus Mogae, la directrice de BONELA avait argumenté de la nécessité de certaines décisions qui paraissent impopulaires. Le président de République avait écarté la suggestion tout en reconnaissant: «oui, je sais prendre des décisions inconfortables, vous savez parfois vous devez prendre des décisions pour protéger le peuple et c'est pourquoi j'ai introduit le dépistage en routine et que je pense qu'il n'est pas nécessaire que les gens aient un droit au consentement éclairé»⁴²⁰. Dans ce cas, c'était la marginalisation du discours occidental des droits de l'homme qui avait primé dans la décision du président de trancher ce débat. L'homosexualité étant pénalisée au Botswana, ouvrir ce débat aurait signifié adopter une posture de promotion des droits individuels qui n'avait pas sa place dans l'action publique.

Cette propension à se démarquer des normes internationales dominantes pour le bien

⁴¹⁸ « We must not be afraid to take controversial steps », extrait de l'allocution du président Festus Mogae en séance plénière à la conférence internationale sur le sida, août 2008, Mexico.

⁴¹⁹ L'association a collecté des informations sur la situation des prisonniers par rapport à l'exposition à l'infection au VIH et préconise une approche pragmatique. Bien que l'homosexualité soit criminalisée au Botswana (section 164 du code pénal, amendée en 1998), l'association plaide pour la distribution de préservatifs afin d'empêcher de nouvelles infections. Voir le rapport écrit par Babafemi Odunsi, 2008 « Realising Botswana's Vision to Stop HIV/AIDS in 2016: The need for a pragmatic approach to provide condoms in prisons », BONELA, Gaborone, 54 p.

⁴²⁰ Retranscription d'entretien, C. Stegling, directrice de BONELA, 3/8/2004

commun est une constante de l'action publique au Botswana depuis l'indépendance. Lorsque Seretse Khama prit les rênes du pouvoir en 1957 après son exil forcé en raison de son propre mariage avec une femme britannique, il s'engagea résolument dans l'édification d'un système démocratique et a-racial. Dans cette optique, Seretse Khama endossa une posture politique audacieuse à contre-courant de la norme de ségrégation raciale qui prévalait dans une région sous la coupe de politiques d'apartheid. Pour veiller au bien-être de son peuple, il affirma – en 1958 – qu'il était important de ne pas toujours s'aligner sur ce que font les autres et d'accepter parfois de ne pas plaire. Déplaire, dans ce contexte historique régional signifiait choisir une orientation de politique résolument a-raciale :

Nous devons aller de l'avant et ne pas avoir peur de déplaire à certaines personnes tant que ce que nous faisons est internationalement accepté... Et si nous avons raison, cela suscitera de l'émotion; mais nous ne devons pas trop nous préoccuper de ce que les autres disent... Nous avons l'opportunité dans ce pays de montrer comment les êtres humains peuvent vivre ensemble⁴²¹

Les héritiers de Seretse Khama au poste de président de la République – Ketumile Masire et Festus Mogae – ont hérité de cette vision de l'action publique : le bien-être du peuple nécessite un recours à des mesures dont les bienfaits ne sont pas immédiatement apparents. Les pouvoirs conférés au Président par la Constitution lui permettent amplement de prendre, s'il le juge nécessaire pour le bien-être de son peuple, des décisions à contre-courant de la norme internationale. Pour des impératifs de maintien de l'ordre public, le président de la République peut décider d'expulser des personnes dont il estime que les agissements sont potentiellement déstabilisateurs (le professeur Kenneth Good en 2005 ; plusieurs journalistes étrangers déclarés « migrants illégaux » et jusqu'au représentant du HCR en 2009).

Un État protecteur, des tendances autoritaires

L'adoption de la politique de dépistage en routine met en scène le dytique – bienveillance, autoritarisme – qui caractérise la politique de dépistage et plus largement la biopolitique du sida au Botswana. À la tête de l'État le président incarne cette figure bienveillante qui décide pour le bien du peuple, sans avoir à le consulter comme dans le modèle du « paternalisme » : la population s'en remet à celui qui décide pour lui. L'État incarne un rôle protecteur, il est à la fois bienveillant mais comporte des tendances autoritaires.

Le caractère bienveillant concerne la capacité à édicter des normes et des politiques pour le bien collectif, s'appliquant à l'ensemble de la population, à favoriser l'accès au logement, l'accès aux soins et à la protection sociale. Ce pouvoir bienfaisant s'énonce par la voix du président de la République qui agit comme le « père de la nation » veillant sur son peuple. L'État est aussi régulateur car cette politique et ces discours ont vocation à fournir une population saine et productive afin de pourvoir aux besoins de l'économie nationale. Un responsable de programme concédait : « ce pays est géré par des économistes » ce qui reflète le fait que l'action publique repose sur un travail technocratique d'un État reposant sur les élites ayant des intérêts dans le développement capitaliste.

La démocratie au Botswana se caractérise par un "libéralisme autoritaire" si l'on suit les travaux

⁴²¹ Joint Advisory Council 7th session, April 1958, cité par Ramsay (1998, 103).

de Kenneth Good (1996 :29). Pour K. Good et I. Taylor, le multipartisme et les élections libres et régulières ont conféré au Botswana son statut d'exception à un moment où la région était dominée par le monopartisme et les régimes de type apartheid mais le régime démocratique au Botswana serait plutôt une « démocratie minimaliste », « un mélange de coercition et de consentement ». « Si le Botswana répond aux critères minimum de la démocratie libérale, il s'agit en réalité d'une forme d'autoritarisme atténué » (2008).

Contrairement à l'Ouganda, où les associations ont été pionnières pour lutter contre la stigmatisation et faire de la prévention, l'orientation de l'action publique au Botswana correspond à une pratique politique dans laquelle priment les décisions présidentielles. Le président est le véritable chef d'orchestre de la vie politique. En plus des pouvoirs qui lui sont directement conférés par la Constitution, la pratique de la politique et la recherche du consensus, la personnalité des premiers présidents, ont favorisé la personnalisation du pouvoir autour de la figure présidentielle. L'unité politique est en plus réalisée presque automatiquement dans la mesure où le président est élu par l'Assemblée, donc par sa majorité politique. La Constitution stipule que le président est l'« exécutif incarné » :

Dans l'exercice de quelque fonction que ce soit, à lui confiée par cette Constitution ou par quelque autre loi, le président devra, à moins qu'il n'en soit autrement disposé, agir selon son propre jugement et ne sera pas obligé de suivre les avis donnés par quelque autre personne ou autorité⁴²².

L'arrivée du sida n'a pas inversé cette tendance dans la relation entre citoyens et institutions étatiques, ni remis en cause cette répartition des tâches. Les associations sont financées et pilotées par les agences gouvernementales comme NACA et encouragées à accroître leur action face au sida. Mais l'orientation politique est donnée au plus haut niveau. Après avoir étudié la politique de dépistage selon le prisme de sa signification, il convient maintenant d'étudier la politique de santé publique sous l'angle de sa finalité, des buts qu'elle poursuit.

Section 2 : La finalité de la politique de santé publique

Le 4 octobre 2009 j'ai effectué une présentation de mon travail de recherche à l'Alliance Française de Gaborone, à l'invitation de l'Ambassade de France. Je l'avais envisagée comme un exercice de restitution auquel j'avais convié plusieurs des interlocuteurs de mon enquête tandis que l'Ambassade avait invité le cercle diplomatique⁴²³. Ma présentation portait sur mon projet de recherche et en discutait les premiers résultats. Au moment des questions-réponses, un épidémiologiste travaillant pour l'agence de coordination du sida (NACA) avec lequel j'avais mené un entretien quelques jours auparavant prit la parole pour apporter une précision par rapport à ma

⁴²² Constitution du Botswana, Chapitre 1, article 47. La traduction est de Fritz (2001, 78).

⁴²³ Environ 20 personnes ont participé (Ambassade/Alliance française, ambassadeur du Brésil, Universitaires). Beaucoup se sont excusés ou ont eu un empêchement de dernière minute comme les Dr Alma et Moffat.

présentation. Il suggéra que le taux de couverture de la population en antirétroviraux était encore meilleur que les chiffres que je mentionnais. En effet, il convenait selon lui de revoir les estimations étant donné que celles-ci étaient basées sur la population totale. Or, les antirétroviraux n'étant destinés qu'aux citoyens, il fallait modifier le dénominateur commun afin de calculer le nombre de citoyens recevant des ARV sur le nombre total de citoyens (et non d'habitants) séropositifs ayant besoin d'ARV : le chiffre obtenu serait encore meilleur que celui que je mentionnai et avoisinerait 100%, la couverture universelle. Il précisa : « la vérité est que l'on n'offre pas les traitements aux non-citoyens donc les inclure dans le dénominateur contrarie l'essence même de cette estimation ». L'épidémiologiste, habitué au maniement des chiffres et à la possibilité de les « nettoyer » pour obtenir des résultats plus lisses, suggérait de gommer les étrangers de la population totale afin de ne garder, pour cette évaluation statistique que la population de citoyens séropositifs *nationaux*. En somme, il suggérait de ne pas prendre en compte les étrangers, étant donné que l'on n'en prenait pas soin.

Cette proposition appelle plusieurs remarques. Premièrement, elle confirme le recours prédominant au calcul statistique pour orienter et évaluer l'action publique, et la force des publications dans des grandes revues biomédicales internationales lorsqu'elles mettent en évidence un succès national. Deuxièmement, l'absence d'estimations fiables de la population migrante au Botswana et *a fortiori* de données sur leur état de santé⁴²⁴ en particulier des migrants illégaux (qui n'ont pas de permis de résidence, et dont les « jours » octroyés à la frontière ont expiré⁴²⁵) est largement dû au fait que les politiques de soin sont conçues et destinées uniquement pour les citoyens. Enfin, troisièmement, elle montre le prix qu'attachent les acteurs à l'image et à la représentation qui est faite de leur pays à l'extérieur – ici un auditoire aux deux tiers étranger, représentant du monde diplomatique et universitaire, l'épidémiologiste étant le seul responsable national.

Le chapitre précédent a montré que la prise en charge à l'hôpital de Gaborone contribuait à un resserrement autour des bénéficiaires des politiques de santé sur une base ethno-nationale. L'accès aux médicaments se déploie en conformité avec une définition restrictive de la citoyenneté, définie à partir des critères de la nationalité. Cette section montre que la citoyenneté détermine la finalité de l'action publique d'accès aux médicaments à la fois comme critère d'attribution et pour les tensions sous-jacentes à cette modalité d'allocation. D'une part, les antirétroviraux remettent en question la cohérence d'une définition étroite de la citoyenneté (et de la nationalité) ; d'autre part, le traitement médical fait converger un nombre croissant d'étrangers 'expatriés'⁴²⁶ pour « assister » les responsables

⁴²⁴ Conversation avec une anthropologue de UB, 2/10/2009

⁴²⁵ C'est le cas de nombreux Zimbabwéens qui sont autorisés à entrer sur le territoire botswanais pour une durée de 30 jours. Pour les Européens, trois mois peuvent être donnés et renouvelés une fois pour chaque année civile.

⁴²⁶ Je retiens les termes « expatrié » et « étranger », les deux sont employés dans le langage courant. Dans son étude sur la participation des expatriés au développement de l'administration et de l'éducation au Botswana, R. Dale (1996 : 92) emploie le terme « expatrié » pour désigner tous les étrangers (y compris les Britanniques et sud-africains pendant la période coloniale au Bechuanaland) mais note que selon l'historien N. Parsons, il serait plus judicieux de ne l'employer que pour les personnes ayant quitté leur pays de nationalité pour venir travailler au Botswana pour une période de deux ou trois ans et qui reçoivent pour cela un salaire additionnel de la part de leur gouvernement (ou de leur compagnie).

d'un système de santé qui dépend des étrangers pour fonctionner (infirmières, médecins, responsables de santé publique), une contribution qui réactive des tensions inhérentes au système économique et politique (le recours massif aux étrangers pour construire le développement national). D'ailleurs, le gouvernement cherche à « indigénéiser » son système de santé afin de recourir de plus en plus à des « nationaux ». C'est l'un des objectifs attendus de la création d'une école de médecine à Gaborone, afin de former des « médecins botswanais ».

L'hypothèse de cette section est que non seulement l'action publique face au sida participe à la redéfinition des contours de la citoyenneté et aussi met en jeu la définition juridique de la citoyenneté qui sert à octroyer ou restreindre les droits – la légitimité du corps malade vient de son appartenance nationale – et la notion d'« imagination nationale » ou de communauté imaginée qui oriente les décisions de santé publique.

« Nous ne prenons pas les étrangers »⁴²⁷ : les médicaments antirétroviraux pour les citoyens nationaux

En 2000, le fait que les traitements soient mis à disposition des citoyens exclusivement n'a pas fait l'objet d'un débat public⁴²⁸. La promesse présidentielle, suivie par les moyens mis à disposition par ACHAP, fut « naturellement » destinée aux citoyens botswanais, calquée sur le système de santé quasi gratuit pour les citoyens⁴²⁹. Le nombre de personnes ayant besoin de traitements a été évalué dans le rapport McKinsey dans le courant de l'automne 2000 sur le nombre total de citoyens. Les étrangers séropositifs étaient invités à s'adresser à des médecins dans le secteur privé pour s'approvisionner en antirétroviraux. L'offre gratuite d'ARV constituait donc en soi selon mes interlocuteurs une action publique louable dans un contexte d'incertitudes structurelles :

La réalité que nous avons malheureusement c'est que le système de santé s'effondrerait s'il ouvrait ses portes à chaque Zimbabwéen qui est ici, c'est impossible donc dans ce sens il fallait prendre une décision, ce n'est même pas une décision de santé publique, c'est une décision liée à une urgence nationale pour dire voilà nous utilisons déjà nos ressources au maximum et nous ne savons pas combien de temps nous pouvons garantir ce programme (Retranscription d'entretien Dr Alma (1), Gaborone, 28/1/2008).

La médecin rappelait que le contexte de la décision présidentielle pour l'accès aux ARV était celui de la déclaration d'urgence nationale qui justifiait cette délimitation de la population. Elle

⁴²⁷ « We don't take foreigners », retranscription d'entretien avec l'infirmière Cécilia, centre ARV, Gaborone, octobre 2009.

⁴²⁸ L'accessibilité des étrangers aux soins est l'un des thèmes sur lequel les associations de défense des droits de l'homme se sont mobilisées au Botswana. Le réseau BONELA en particulier a plaidé cette question auprès du *National AIDS Council* (NAC), le conseil national qui discute les orientations politiques sous la présidence de la république. BONELA a mis en avant les enjeux juridiques et les implications de santé publique, a cherché à convaincre le président comme lors du débat sur le dépistage du VIH en routine (section précédente) mais a toujours accusé une fin de non recevoir.

⁴²⁹ Rappelons que les ARV (médicaments, examens de laboratoire) sont entièrement gratuits. En dehors des centres ARV, à l'hôpital ou dans les cliniques locales, le forfait pour une consultation est de 5 pulas (augmentation récente) ce qui équivaut à moins d'un euro.

reconnaissait que le gouvernement n'avait pas à ce moment envisagé pleinement les implications de ce choix sur le plan de la santé publique⁴³⁰. L'action publique était guidée par une considération sécuritaire alors qu'élargir l'accès aux ARV aux étrangers relevait d'une logique humanitaire ou compassionnelle dont il n'est pas question ici. En France dans les années 1990, les étrangers sans papiers ont pu obtenir d'être soignés en France pour des pathologies pour lesquelles ils ne pouvaient être soignés dans leur pays d'origine (droit au séjour pour soins). Ce principe de biolégitimité (Fassin 2001; Fassin et Granjon 2005) préside à la politique de soin au Botswana mais c'est la définition de l'appartenance nationale au sens juridique qui fonde la légitimité de l'accès aux soins.

Dans l'extrait ci-dessus la référence à « chaque Zimbabwéen qui est ici » dans un propos sur l'impératif d'urgence nationale montre combien l'action publique (qui, dans sa définition large ne désigne pas seulement le travail gouvernemental mais aussi tout un ensemble d'acteurs sociaux articulés dans l'espace public) est déterminée par la présence de migrants illégaux venant du Zimbabwe, qui sont perçus de plus en plus comme une menace à l'ordre économique et social national.

Des antirétroviraux pour les étrangers mariés à des nationaux

Les soignants reconnaissent que le gouvernement a effectué un pas notoire dans une bonne direction, en permettant à un partenaire étranger, dans un couple marié, de bénéficier d'antirétroviraux :

Et au début rappelles-toi, ils ne traitaient même pas les époux et maintenant cela a changé donc ce n'est pas si mal, parce que c'était une situation terrible mais ce n'est plus comme ça (Retranscription d'entretien Dr Alma (1), Gaborone, 28/1/2008).

Cependant, le spectre d'une ouverture des portes créant un « appel d'air » et un afflux de migrants demeure présent dans les justifications des soignants :

Bon, franchement je les comprends (*Well I can't blame them*) les ARV sont très chers et il y a beaucoup de gens qui viennent de l'étranger donc le gouvernement ne peut pas se permettre d'ouvrir les portes à tous donc on ne peut leur reprocher de choisir et en plus ils s'améliorent chaque jour, avant si tu étais étranger et marié à un-e citoyen-ne, tu n'étais pas éligible pour bénéficier des ARV (Retranscription d'entretien, Dr Oluyemi, originaire du Nigeria, Urgences/centre ARV, 30/1/2008).

Les soignants mettent en tension le coût des médicaments et la durabilité du programme (pour les citoyens) avec la temporalité du séjour des étrangers, en particulier celle des Zimbabwéens dont parle la première citation d'entretien. À l'incertitude pesant déjà sur la durabilité du programme national – combien de temps allons-nous pouvoir fournir ces médicaments ? - s'ajoute chez certains soignants un autre argument de santé publique : les étrangers – qui risquent de repartir – ne peuvent être mis sous traitements car il faut les prendre à vie sinon il y a des risques de développement de résistance (incertitude liée à leur départ, leur absence). Mais, l'élargissement du programme Masa aux étrangers peut aussi être un facteur intégration dès lors que des étrangers – dans les conditions mentionnées – sont inscrits dans le programme national :

⁴³⁰ En effet, lorsqu'une partie de la population – vivant avec très peu de moyens – n'accède pas aux médicaments, cette population est alors également écartée des structures de soin et des actions de prévention.

Tu sais, on ne prend pas les étrangers (elle rit en le disant, un peu gênée) c'est seulement pour les locaux (- oui..., avez-vous des demandes venant des étrangers?), oui, oui, ils viennent et comme on connaît les médecins privés on les réfère à ces médecins car on ne prend pas les étrangers, les seuls étrangers que nous prenons sont ceux qui sont mariés à des ... mais ceux-ci encore (elle rit encore un peu plus) il y a des cas où un motswana marié à un local, et un motswana marié à un étranger, certains disent : « ça ne va pas, c'est pour cela qu'il s'est marié avec moi : ce sont les ARV ! je veux divorcer ! » (elle rit encore) mais là c'est quelque chose que l'on ne fait pas; une fois que le patient est enregistré, même si la relation tourne au vinaigre, il n'y a rien que l'on puisse faire car il faut continuer le traitement, donc même s'ils divorcent, il faut continuer le traitement dont il a bénéficié quand ils étaient encore en bons termes (Retranscription d'entretien, Virginia, infirmière, adjointe de la surveillante générale, centre ARV, Gaborone, 29/1/2008).

Si l'élargissement des bénéficiaires d'antirétroviraux aux époux mariés à des Botswanais est une décision guidée par des considérations de santé publique, elle témoigne cependant d'une définition en mouvement de la citoyenneté. C'est en effet initialement le cas de la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant qui en tant que politique de santé publique a souligné des contradictions inhérentes aux modalités d'octroi de la citoyenneté botswanaise. Afin de s'assurer de l'efficacité de cette politique de santé publique, les responsables ont été amenés à élargir ses critères d'attribution comme le signale Dr Oluyemi, médecin aux Urgences puis au centre de soins :

Je pense que peu de temps après ils ont vu que cela n'était pas très efficace si l'un des époux est positif et n'a pas accès, donc ils ont ouvert la porte un tout petit peu pour les étrangers mariés à des locaux (Retranscription d'entretien Dr Oluyemi, Urgences/centre ARV, Gaborone, 30/1/2008).

Le programme PTME s'est heurté à la question des couples dans lesquels l'un des conjoints est étranger, en particulier les cas où la future mère est de nationalité étrangère. En effet, dans le cas d'un couple marié, l'enfant a automatiquement la nationalité botswanaise en vertu du droit du sang. Or, pour s'assurer que l'enfant botswanais naisse séronégatif il faut que sa mère – bien qu'étrangère – puisse bénéficier d'un traitement.

Cet élargissement aux futures mères étrangères s'inscrit dans une marge de manœuvre juridique étroite au sein de laquelle évoluent les critères de la nationalité et de la citoyenneté botswanaise. L'octroi de la citoyenneté au Botswana a connu une importante refonte suite au procès intenté au début des années 1990 par une citoyenne botswanaise, Unity Dow, avocate et membre active de l'organisation botswanaise de défense des droits de l'homme *Ditshwanelo*. Unity Dow a contesté la constitutionnalité de la Loi sur la citoyenneté de 1982 pour un préjudice de genre contredisant le principe d'égalité de la Constitution botswanaise. Selon la Loi sur la citoyenneté, Unity Dow, mariée à un citoyen des États-Unis ne pouvait transmettre la nationalité à ses deux enfants nés dans le cadre de leur mariage. Leur premier enfant, né en dehors « des liens du mariage » a obtenu la nationalité de sa mère mais les enfants issus d'une union maritale ont la nationalité de leur père et non de leur mère. Unity Dow a donc mis en cause la section 4 de la Constitution selon laquelle les enfants nés de mère botswanaise et de père étranger ne peuvent avoir la nationalité botswanaise, elle a obtenu gain de cause en 1993 et la Cour d'appel a confirmé l'existence d'une disposition discriminatoire (inégalitaire) ce qui a entraîné une modification de la loi afin de permettre aux femmes de transmettre leur nationalité à leurs enfants (Loi sur la citoyenneté amendée en 1995)⁴³¹. Unity Dow

⁴³¹ Botswana Citizenship (Amendment) Act, 1995. Cette action juridique a eu des retentissements ailleurs en

fut par la suite nommée Juge, en 1998, et est devenue la première femme à siéger à la Cour Constitutionnelle au Botswana.

Le revers qu'avait subi l'ordre constitutionnel par la mise en évidence des hiérarchies de genre resurgit ici dans le domaine de la politique de santé publique. Ce revers qui avait entraîné une modification légale de l'octroi de la citoyenneté botswanaise a permis un élargissement des critères d'accès aux soins. La spécificité de la maladie infectieuse a un impact sur cette décision car la particularité du mode de transmission verticale du VIH a été prise en compte pour prévenir la naissance d'enfants botswanais séropositifs.

L'octroi de la citoyenneté botswanaise pour un époux marié à un botswanais n'en demeure pas moins un parcours complexe et la loi sur la citoyenneté ne reconnaît pas la double nationalité. Comment s'est structuré le débat sur l'accès aux soins pour une autre catégorie d'étrangers résidant au Botswana, ceux qui ont demandé le statut de réfugié? Comment l'État a-t-il interprété la Convention de Genève sur le statut des réfugiés (1951) selon lequel les réfugiés présents sur le territoire d'un État signataire doivent pouvoir bénéficier des mêmes traitements médicaux que les citoyens ?

Des antirétroviraux pour les réfugiés mais pas par le système de santé public

Le Botswana est l'un des pays de la région australe qui accueille le moins de réfugiés. Le seul camp de réfugiés est celui de Dukwi qui se situe le long de la route entre Francistown et Maun, à plus de 500 km au Nord ouest de la capitale Gaborone (frontières avec la Zambie et le Zimbabwe, axes de migration de populations venant des pays situés plus au Nord). À la fin 2006, selon les informations du Haut Commissariat des Nations unies pour les Réfugiés (UNHCR) et du gouvernement, le camp comptait 3113 réfugiés, représentant environ 15 nationalités (Namibie, Angola, Somalie, Zimbabwe, RDC, région des Grands lacs). En 2009, les réfugiés vivant en milieu urbain se sont vus retirer leur permis de séjour par les autorités qui ont imposé une application plus stricte de la politique exigeant leur séjour dans des camps. Les résidents dans le camp avaient accès à des services minimaux de santé grâce notamment à la Croix Rouge botswanaise mais le gouvernement n'autorisait pas aux réfugiés de bénéficier de médicaments ARV. La prévalence du VIH dans le camp n'a pu être évaluée avec acuité mais étant données les conditions de vie des réfugiés dans le camp et avant leur arrivée, et compte tenu du fort taux de mortalité, ce taux de prévalence a été jugé relativement élevé par les associations comme BONELA. Dans la continuité de leurs revendications pour l'accès des étrangers aux antirétroviraux, les associations de défense de droits de l'homme comme BONELA ont tenté de poser la question de la mise à disposition de médicaments antirétroviraux dans les camps de réfugiés. Ils ont mobilisé un argument de santé publique en parlant des conditions sanitaires dans les camps et un argument juridique faisant valoir que les ARV pour les réfugiés sont une obligation en vertu de la

Afrique. Depuis cette date, la plupart des États réajustent leurs dispositions constitutionnelles vers une égalité de genre dans la transmission de la nationalité. Voir le rapport de l'Open Society Institute : Bronwen Manby (2010) « Les lois sur la nationalité en Afrique. Une étude comparée » : 53-54. à voir aussi p. 102 pour législation qui s'applique pour les réfugiés et le tableau indiquant raisons pour être déchu de sa nationalité. Dans les années 1980, des consultations auprès des autorités traditionnelles (kgotla) avaient rassemblé des dizaines d'amendements pour passer de citoyenneté de naissance à citoyenneté par ascendance (sinon I. Khama aurait été inéligible).

convention internationale sur les réfugiés de 1951 (et du protocole de 1961) selon laquelle les États signataires s'engagent à offrir aux réfugiés les mêmes traitements que ceux disponibles pour la population. Le gouvernement des États-Unis, de plus en plus investi dans la lutte contre le sida avec le PEPFAR, n'a eu de cesse de rappeler ses obligations au gouvernement botswanais et de plaider pour l'inclusion des réfugiés dans le programme national. Le gouvernement répondit par l'argument du coût trop élevé du programme Masa qui lui incombait en grande partie et dont le financement futur demeurait incertain. Finalement, en mai 2009, sous la pression conjuguée des associations de défense des droits de l'Homme (BONELA, Ditshwanelo) et du Haut Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés (HCR), le gouvernement a accepté d'autoriser que les réfugiés aient le droit d'accéder aux antirétroviraux mais hors du programme national, dans le cadre d'un dispositif séparé, financé par le gouvernement des États-Unis (PEPFAR)⁴³².

Le gouvernement rejette la responsabilité politique de *prendre soin* de cette population. Il relègue aux acteurs de coopération le soin de prendre en charge les antirétroviraux pour les réfugiés. Le gouvernement tolère que cela soit possible mais s'en remet à d'autres pour le faire⁴³³. À nouveau la temporalité limitée dans le temps (ils ont vocation à repartir), l'encadrement territorial des réfugiés et leur extra-nationalité s'opposent à l'éternité de la citoyenneté et l'assurance de bénéficier de médicaments à vie, à travers l'ensemble du territoire national. La biopolitique redéfinit ici la population de citoyens nationaux qui bénéficie de la protection de l'État. Les réfugiés, à l'occasion du débat sur l'octroi des ARV sont confirmés comme des non-nationaux envers lesquels l'État botswanais n'a aucun devoir de protection. L'État botswanais ne considère pas que la population des migrants, sur ce territoire du camp de réfugié, relève de sa souveraineté mais qu'elle doit être prise en charge par le gouvernement humanitaire dont le pouvoir compassionnel opère via les organisations humanitaires. Dès lors, seul le « gouvernement humanitaire » (Fassin 2010) formé ici autour de l'implication des États-Unis et d'une coalition d'associations de défense des droits de l'homme, est en mesure de s'exercer. On assiste ici à une inversion de « l'immixtion de l'humanitaire dans le politique » observée dans le cas des demandes de régularisation du séjour pour soins des étrangers en France (Fassin 2004a). À Dukwi, le pouvoir politique contrôle l'intervention humanitaire. La vie du réfugié, même souffrant du sida, n'est pas légitime pour bénéficier de la protection de l'État. Ce processus contribue toutefois à des formes d'inégalités de traitement liées au gouvernement humanitaire : à la différence d'une *maid* zimbabwéenne à Gaborone, un réfugié congolais séropositif à Dukwi peut obtenir des ARV auprès d'une clinique privée.

La question des réfugiés demeure une question épineuse pour le gouvernement. Peu de temps après cette mobilisation, le représentant du HCR à Gaborone, Roy Hermann a été expulsé du Botswana. Aucune information n'a été diffusée par la presse, mais deux collègues m'en ont fait part

⁴³² Voir « With support from UNHCR, refugees in Botswana can now access ARVs », 25 mai 2010, <http://www.unhcr.org/4bfbbf7f6.html> (11/7/11) et « Botswana : HIV treatment for refugee but for how long ? », Newsday (South Africa), 10 juillet 2010, <http://www.newsday.co.zw/article/2010-07-13-botswana-hiv-treatment-for-refugees-but-how-long> (11/7/11). On peut également consulter le rapport d'une mission réalisée par BONELA en novembre 2008 : « Chronicles from Dukwi Refugee Camp » www.bonela.org/doc/dukwi_book.pdf (11/7/11).

⁴³³ « Grâce au HCR les réfugiés accèdent aux ARV au Botswana », <http://www.unhcr.fr/4bfd3d1f6.html> (13/10/11).

lors de ma dernière enquête en novembre 2009 (voir ci-dessous).

« Nous sommes trop dépendants des étrangers »⁴³⁴ : citoyens et étrangers dans le système de santé publique

Qu'il s'agisse du quotidien du soin à l'hôpital, des réunions au ministère de la santé, ou des décisions concernant l'allocation des ressources et la distribution des soins, la politique de santé publique est traversée par une frontière entre les nationaux et les étrangers. Cette frontière est illustrée ici par la tension entre des coopérations tolérées – dans la mesure où elles sont jugées productives – et des contributions problématiques – dès lors que leur apport à la dynamique de construction nationale n'est plus jugé suffisant.

Des coopérations tolérées

Pour mettre en œuvre l'accès aux antirétroviraux, et avec le soutien d'ACHAP, le ministère de la Santé a recruté des experts internationaux pour permettre la structuration des débuts du programme Masa mais l'administration botswanaise vérifiait l'adéquation entre les besoins identifiés et les compétences demandées afin de constituer l'« équipe Masa »⁴³⁵. Dès 2003-2004, le gouvernement chercha à incorporer plus fermement le programme Masa au sein des structures du ministère de la santé et à remplacer les experts étrangers par des membres du ministère, même si ACHAP continuait de payer certains salaires⁴³⁶. Le gouvernement attendait d'eux une contribution technique, spécialisée et encadrée dans le temps comme le montre l'exemple de Donald de Korte.

Le premier directeur d'ACHAP, D. de Korte était un ancien responsable de Merck en Afrique du Sud. Il n'avait pas caché ses frustrations au sujet de longues consultations qui avaient empêché selon lui le partenariat de se mettre en œuvre plus rapidement. D'après Ramiah et Reich (2006) sa personnalité et sa volonté ouverte d'aller toujours plus vite avaient crispé les acteurs botswanais et il a été remplacé dès la fin de l'année 2003 par Tsetsele Fantan. Le fait qu'il était un responsable de l'industrie pharmaceutique et surtout un blanc de nationalité sud-africaine avait renforcé l'impression de se voir dicter le rythme de l'action publique par le puissant voisin. L'ancienne directrice du programme sida de l'entreprise Debswana, d'après certains acteurs, « convenait mieux » car « Elle est *motswana*. Elle nous comprend » (Ramiah et Reich 2006, 405). Le pouvoir oppose ici à une logique économique et managériale la nécessaire prise en main par des institutions nationales et l'exercice de

⁴³⁴ « We rely heavily on foreigners », expression employée par un professeur de l'Université du Botswana (conversation, 10/10/2009).

⁴³⁵ Autour de D. De Korte (sud-africain) à la tête de ACHAP et de E. Darkoh (États-Unis) à la tête de Masa, la coordinatrice de la formation clinique est un médecin formée en Angleterre; le spécialiste des systèmes d'information est originaire d'Asie centrale et a une expérience avec l'ONU en Europe de l'Est, la responsable de la communication vient d'Afrique du Sud.

⁴³⁶ A partir de début 2005, l'équipe ARV déménage dans les nouveaux locaux du ministère de la santé, et le programme devient une composante de la Direction de la prévention et du traitement du VIH du ministère de la Santé.

la souveraineté, avec sa temporalité propre, mieux à même d'être endossée par un « ressortissant national ».

Le directeur des opérations de Masa, Ernest Darkoh qui coordonnait la partie clinique, avait un tout autre profil pour travailler avec les autorités botswanaises. Citoyen des États-Unis d'origine ghanéenne, il a grandi en Afrique centrale puis étudié aux États-Unis (diplômé de Harvard) et en Europe (Master de santé publique). Il débuta sa carrière aux États-Unis, à McKinsey & Co en 2001 et travailla sur la stratégie d'accès aux traitements antirétroviraux pour le gouvernement botswanais. Il est resté à Gaborone à la demande d'ACHAP pour piloter le programme Masa jusqu'en 2005. À la tête de Masa, Ernest Darkoh a navigué habilement entre les institutions gouvernementales, les services de soin et les experts internationaux afin d'imposer sa vision et sa temporalité. Il entendait proposer des actions produisant des résultats, dans un temps déterminé. En justifiant son départ en 2005 du Botswana, il précisa qu'il s'était fixé comme principe de ne pas rester « au-delà de ce en quoi il pouvait être utile »⁴³⁷. Il a continué de s'investir dans le développement des services de santé en Afrique. Il a établi en 2005 sa propre entreprise de consultant nommée BroadReach, en Afrique du Sud⁴³⁸. Appliquée à sa propre carrière professionnelle, cette injonction de ne pas « dépasser le temps de son utilité » qualifie élégamment les conditions de séjour des étrangers et experts techniques auprès du gouvernement et la tension entre la nécessité de leur présence et la volonté d'y avoir moins recours. En retour, les coopérants techniques que j'ai rencontrés à Gaborone insistent sur leur souhait de voir l'administration prendre le relais : « ce pays a besoin que les nationaux prennent le relais » confiait ainsi un médecin responsable de programme pour les CDC⁴³⁹.

Les experts internationaux se donnent pour vocation d'encourager, dans la population des citoyens nationaux, des carrières comme celle de E. Darkoh. De jeunes médecins botswanais comme Dr Ndwapi Ndwapi et Dr Tendani Gaolathe ont construit en quelques années des carrières en santé publique, à partir des opportunités offertes par le programme Masa en conjonction avec les partenaires biomédicaux, ACHAP et PEPFAR. Ces deux médecins ont fait leurs études de médecine aux États-Unis, leur retour a coïncidé avec le début du programme Masa au sein duquel ils ont été formés aux antirétroviraux par les Dr Alma et Brown. Ils sont cités en exemple de carrières de nationaux rendues possibles grâce à la présence de coopérants étrangers. Dans sa formulation comme dans sa mise en œuvre, la politique de santé publique face au sida a nécessité le passage à une nouvelle phase de coopération technique de la part de professionnels étrangers pour travailler aux côtés du gouvernement.

John Holm⁴⁴⁰ – lui-même universitaire états-unien expatrié au Botswana – montre que le

⁴³⁷ Il employait l'expression "Don't outlast your usefulness", voir: « Governing Forces: the Future of Public-private Partnerships », The Wharton Healthcare Leadership Exchange", Printemps 2007: 40-42. Voir: http://www.broadreachhealthcare.com/uploads/file/in-the-news/WhartonHCLeadershipEx_05_05_06.pdf (7/9/11).

⁴³⁸ Pour une courte biographie voir: Kapp, Claire, « Profile: Ernest Darkoh: confronting the challenge of HIV/AIDS in Africa », *The Lancet*, vol. 368, August 5, 2006.

⁴³⁹ Retranscription d'entretien, J. Sheperd, BOTUSA, Gaborone, 27/10/2008.

⁴⁴⁰ John Holm est directeur des études internationales à l'Université du Botswana, il est également professeur à l'Université d'État de Cleveland aux États-Unis. À UB, il a codirigé, avec Patrick Molutsi, le « Democracy

développement de la bureaucratie a longtemps reposé sur les expatriés, qui occupaient la plupart des postes décisionnels jusqu'à la mise en œuvre d'une timide politique d'indigénisation de la fonction publique (Holm 1988, 183). Contrairement à la plupart des États africains postcoloniaux, le Botswana a résisté aux sirènes des appels à l'indigénisation (africanisation) de la bureaucratie, avant que des Botswanais *qualifiés* ne viennent les remplacer (W. A. Edge 1998). Le plan de développement de 1966 prévoyait de sortir de l'emploi expatrié vers 1991 mais le président Seretse Khama était conscient du danger de vouloir « localiser » le service public trop vite (W. A. Edge 1998) et son opposition viscérale aux tensions raciales l'a encouragé à faire coexister bureaucrates locaux et experts étrangers pour les besoins du développement national, y compris à les incorporer durablement comme le montre l'exemple des hauts responsables de santé publique. Les carrières du Dr Alfred Merriweather (d'origine écossaise) puis du Dr Howard Moffat (Zimbabwe blanc), cliniciens, directeurs d'hôpitaux et médecins personnels du président de la République, en attestent.

Les responsables de santé publique déplorent une dépendance trop forte envers les experts de santé publique et les médecins étrangers en particulier au niveau des ressources humaines (beaucoup plus que sur le plan financier) dans un contexte de resserrement des bénéficiaires des politiques. Ce resserrement opère dans deux directions : d'une part, une politique visant à réduire les incitations autrefois proposées aux étrangers venant s'installer au Botswana et d'autre part, une politique de préférence nationale (*citizen empowerment*) :

Au Botswana, *economic empowerment* définit une série de politiques ou de programmes élaborés pour bénéficier à un segment spécifique de la société: les Botswanais. Il y a une croyance ou une perception très répandue selon laquelle les citoyens sont moins favorisés (*disempowered*) que les résidents temporaires venant d'autres pays et qui possèdent plus de pouvoir économique et commercial en termes d'investissement, de compétences techniques plus élevées et de capacité entrepreneuriale⁴⁴¹.

Bien que l'État botswanais se soit construit grâce à la contribution d'étrangers au cœur de la bureaucratie et du développement économique, le pays n'a pas résisté à une politique de préférence citoyenne telles qu'elles se généralisent dans la région dans les années 1980-90 en réponse à la crise économique et qui consiste à adopter des mesures pour favoriser les citoyens au détriment d'étrangers accusés d'engranger plus de bénéfices que les nationaux⁴⁴². En quoi la politique de santé est-elle affectée par cette tendance ?

Des contributions problématiques

Au quotidien les Botswanais sont soignés par des médecins africains (appelés *african doctors* dans le langage courant) qui représentent plus de 80% des médecins (zambiens, congolais de RDC, kenyans, nigériens) qui appartiennent dans le langage courant à la catégorie des *makwerekwere* c'est-à-dire un étranger africain, noir (opposés aux *makgoa*, étranger blanc). *Makwerekwere* est un terme

Project », un programme de recherches qui a débouché sur de nombreuses publications citées dans la thèse.

⁴⁴¹ « Citizen Economic Empowerment in Botswana : Concepts and Principles », Working Paper n°22, July 1999, 18 p.

⁴⁴² Sur cette problématique de « préférence nationale » voir par exemple les travaux de M.-A. Fouéré en Tanzanie.

assimilé à une immigration illégale, non productive, voire dangereuse (Nyamnjoh 2006). Rappelons également que les ressortissants des pays d'Afrique subsaharienne (sauf ceux des États voisins, membres de la SADC) ont besoin d'un visa avant d'entrer sur le territoire botswanais, ce qui n'est pas le cas des ressortissants des pays occidentaux de l'Union Européenne, des États-Unis, du monde occidental riche ce qui témoigne d'une sélectivité de l'accueil des étrangers (touristes, visites familiales) fondée sur l'estimation de leur capital économique et social et de la crainte qu'ils prolongent illégalement leur séjour.

Le droit de résidence obtenu par ces médecins (permis de résidence soumis à un permis de travail) n'est que temporaire, soumis au contrat de travail et toujours susceptible de ne pas être reconduit. Les médecins d'origine étrangère à l'hôpital ne voient la proposition de renouvellement de leur contrat arriver qu'à la toute fin de leur contrat, voire après (exemple du Dr Tonda en gynécologie, et du Dr Nguni aux Urgences) ouvrant pour eux une période d'incertitude. Par ailleurs, les tensions dans les services hospitaliers sont palpables envers ces médecins perçus comme étant mieux payés et bénéficiant d'avantages (en réalité ils sont hébergés à leur arrivée au Botswana mais ne sont pas mieux payés).

En règle générale, les étrangers sont accueillis dès lors que leur expertise est reconnue et qu'ils respectent l'ensemble des règles de bienséance attendues de la part d'invités⁴⁴³ sans quoi, leur séjour peut être remis en cause par divers moyens allant du non renouvellement des contrats de travail ou autres entraves au renouvellement des permis de résidence jusqu'à l'expulsion en vertu des pouvoirs présidentiels permettant de déclarer un individu *persona non grata* ou « immigrant illégal ». L'application de ces règlements ne se fait pas uniquement selon une frontière raciale qui voudrait que seuls les Zimbabwéens illégaux soient expulsés. Plusieurs des personnes récemment expulsées étaient des Blancs occupant des positions professionnelles élevées comme c'était le cas du professeur K. Good déclaré « immigrant interdit » par directive présidentielle en 2004 ou le responsable du HCR en juin 2009. Le gouvernement a douté de l'honnêteté de leur contribution, qu'ils soient blancs ou noirs, leur comportement a heurté les règles de bienséance de leur accueil au Botswana. La présence des étrangers est évaluée par la qualité de leur contribution à la nation et au développement national. Tant que cette contribution est palpable, positive, les experts étrangers sont invités à rester, dès lors que leur présence semble s'éterniser sans raison ou laisser place à un doute sur leur participation (actes répréhensibles, accusations de crime), ils sont renvoyés. Ce principe dépasse la dimension raciale d'une perception différenciée de ces contributions qui voudrait que seuls soient visés par les expulsions les Zimbabwéens noirs. Le cas extrême, fut l'exécution d'une femme sud-africaine blanche, Marietta Bosch, pendue après avoir été jugée coupable du meurtre de son compagnon en 2004, malgré les demandes d'extradition de l'Afrique du Sud⁴⁴⁴. De façon moins radicale, le pouvoir souverain s'est aussi exercé avec l'expulsion (ou le renvoi) d'un diplomate, le

⁴⁴³ E. Carpenter utilise cette analogie de l'hôte et de l'invité (communication Schapera conference, Gaborone, octobre 2008).

⁴⁴⁴ Le Botswana applique la peine de mort. Depuis l'indépendance 39 personnes ont été exécutées. Depuis l'exécution de la sud-africaine M. Bosch, deux autres exécutions par pendaison ont eu lieu : en avril 2006 (un Botswanais) et en décembre 2009 pour un ressortissant zimbabwéen jugé coupable du meurtre de son employeur zimbabwéen et de sa famille.

Représentant du HCR, Roy Herman, à la suite de son action en faveur de l'accès aux antirétroviraux pour les réfugiés⁴⁴⁵.

« L'on se sent plus épanoui lorsque l'on prend soin de son propre peuple »⁴⁴⁶ : le futur de la santé publique

Pour faire face à la pénurie de médecins le gouvernement n'a eu de cesse de recourir aux étrangers, d'autant plus que l'épidémie de sida a accru le besoin de médecins. La politique de développement des services de santé primaire, s'appuyant sur un personnel de santé moins qualifié (cliniques mobiles, éducateurs en santé familiale) avait amélioré les conditions sanitaires basiques, et avait ainsi accru la demande en services secondaires et tertiaires (voir chapitre 1). D'après les statistiques de santé du PNUD (2000) entre 1987 et 1997, le nombre de médecins a connu une augmentation de 155% (de 166 médecins en 1987 à 424 médecins en 1997) et le nombre d'infirmières de 112% (de 1946 infirmières en 1987 à 4130 en 1997). Pour autant, ces efforts budgétaires successifs⁴⁴⁷ n'ont pas comblé la pénurie structurelle de médecins. Parmi les médecins employés par le ministère de la Santé (et le ministère du gouvernement local, le recours généralisé à une main d'œuvre médicale étrangère s'était maintenu dans les mêmes proportions. En 1988, une étude dénombrait 199 médecins présents au Botswana, parmi lesquels 171 étaient des non-citoyens (Charlton 1996, 149). En 2005 sur les 409 médecins que le ministère de la santé employait seulement 58 étaient botswanais (et 13 ont démissionné dans les années précédentes)⁴⁴⁸. Dans les années 2000, les malades du sida requérant encore plus de ressources humaines pour le soin, le ratio s'accrut entre le nombre de malades botswanais et le nombre de médecins étrangers recrutés pour les soigner.

La politique du gouvernement face au manque de médecins

Dans les années 1970 et 1980, le gouvernement finançait l'intégralité de la formation en médecine d'étudiants à l'étranger, surtout en Afrique (au Kenya notamment) puis à partir des années 1990 en Europe, en Amérique, en Afrique du Sud et en Australie. Cette politique s'est avérée de plus en plus coûteuse et peu efficace en termes d'opportunités professionnelles pour les médecins car il

⁴⁴⁵ « Roy était très actif sur la question du sida et des réfugiés, il avait beaucoup de contacts avec l'Ambassadrice des États-Unis ici (...) et je pense que le gouvernement n'aimait pas cette activité. Une semaine avant d'être expulsé (ils ne peuvent « déporter » un diplomate, ils l'expulsent), il avait organisé un séminaire à UB, avec cinq d'entre nous travaillant sur les questions de migration (...) un excellent séminaire, avec peu de monde mais une bonne couverture dans les médias locaux (...) », extrait d'un message électronique d'un collègue du département de sociologie de UB, réponses à des questions posées par email, 29/9/11).

⁴⁴⁶ « You feel more fulfilled when you take care of your own people » : discours devant l'Institut des sciences de santé de la ministre de la santé Sheila Tlou, Gaborone, 17 avril 2007.

⁴⁴⁷ Dans les National Development Plans (NDP) successifs et Health Manpower Plan en 1992.

⁴⁴⁸ *Daily News* (quotidien gouvernemental), 1er décembre 2005.

n'y avait pas de possibilité de spécialisation ni de carrière universitaire au Botswana⁴⁴⁹. De fait, le taux de retour au pays de ces médecins était de plus en plus faible. La proportion de 10%-90% dans la main d'œuvre étrangère n'a pu être modifiée. La dépendance envers les professionnels étrangers crée des incertitudes qui sont renforcées par la crainte du départ d'infirmières, formées au Botswana et recrutées par des États occidentaux (infirmières botswanaises embauchées en Grande-Bretagne⁴⁵⁰ ce qui ravive le spectre d'une fuite inexorable des personnels de santé vers les pays occidentaux.

Le gouvernement a d'abord encouragé l'installation de médecins étrangers. Par exemple, en 1993 une nouvelle loi vise à faciliter l'acquisition de permis de travail (Charlton 1996, 150). Plus récemment, la ministre de la santé Sheila Tlou avait annoncé en avril 2007 des mesures pour attirer les médecins étrangers dans le système public : la réduction de la durée pour l'acquisition du permis de résidence permanent de 10 à 5 ans⁴⁵¹; elle est allée, dans son discours à l'hôpital de Francistown jusqu'à proposer qu'ils se marient à des botswanais-es afin d'obtenir la nationalité botswanaise. Cette dernière interpellation a été très critiquée dans la presse comme une offense à la nationalité, aux mœurs voire comme une provocation.

La définition de la politique de développement sanitaire oscille entre des velléités coercitives (obliger les médecins botswanais à rester dans leur pays) et une politique plus libérale d'attribution de permis de résidence pour les étrangers. J'en ai parlé avec l'un de mes voisins de table lors du dîner clôturant la conférence de la Botswana Medical Association, en octobre 2008. Il avait fait ses études en Irlande jusqu'à sa spécialisation en orthopédie, il y avait donc passé douze ans. Il signala d'ailleurs cyniquement qu'il y avait vécu un tiers de sa vie à l'étranger étant donné qu'il va « mourir à 40 ans n'est-ce pas ? ». Il effectuait une référence tacite à la chute de l'espérance de vie de son pays qui avait été ramenée, par le PNUD en-dessous de 50 ans à cause du sida et qui avait aussi été interprétée comme une offense publique. Lorsque je lui demandai s'il était tenu – d'une manière ou d'une autre – par le gouvernement de venir exercer au Botswana, il esquissa un sourire en fronçant les sourcils : « non ! C'est libéral ici ; on peut partir à tout moment ».

Les autorités nationales ont parfois envisagé des mesures coercitives sans toutefois les mettre en application. Les débats sur la création d'une école de médecine au Botswana avaient suscité à nouveau une réflexion sur les moyens de parvenir à garder les médecins botswanais au Botswana ; de « jeunes médecins botswanais » qui, formés sur place aux frais de l'État, seraient amenés à demeurer au service de l'État et de sa population. En ce sens, le débat se pose en termes de loyauté et d'appartenance nationale, de droits et de responsabilités.

En effet, le deuxième type d'initiative consiste à former de plus en plus de médecins botswanais et progressivement, de les former exclusivement au Botswana et de construire une école de médecine à Gaborone : une politique de santé publique au carrefour entre des contraintes

⁴⁴⁹ Par exemple, en 2008, près de 30 étudiants en médecine botswanais sont dans les programmes pré-médicaux, médicaux et en santé publique de St George University (Washington), université où a étudié Dr Tendani Gaolathe, une des premiers médecins à travailler dans le centre ARV et à être formé aux thérapies antirétrovirales par les médecins de Harvard.

⁴⁵⁰ Articles de presse en 2006-2007.

⁴⁵¹ Discours à l'Institut des Sciences de santé (IHS) à Gaborone, 17 avril 2007

économiques, des objectifs politiques, et des questions de citoyenneté.

La création d'une école de médecine : University of Botswana Medical School

En 1995 le gouvernement a commandé une étude sur la faisabilité de l'établissement d'une école de médecine et en avait adopté les recommandations. En 1998 une directive présidentielle a prévu la construction d'une école de médecine par étapes⁴⁵². Il s'agissait à la fois d'économiser à terme le budget de formation (la subvention des études à l'étranger) et surtout de maintenir les médecins dans leur pays. Lorsque j'ai effectué mon enquête de terrain en 2007, ce projet était en plein chantier et je n'ai pu enquêter spécifiquement sur l'école de médecine. Cependant lors d'un séjour en 2008, j'ai assisté à la conférence de l'association médicale du Botswana (BMA) qui avait pour thème « la formation médicale en 2010 ? ». Les débats ont donné à voir la tension dans la façon d'entrevoir l'appartenance citoyenne et les droits qui lui sont dévolus entre, d'un côté, une vision « nationaliste-pragmatique » - les jeunes médecins sont formés aux frais de l'État, ils ont vocation à demeurer dans leur pays pour contribuer au développement national – et d'un autre côté une vision plus libérale pour laquelle la formation médicale serait conçue comme une étape pouvant conduire à des opportunités de carrière, de spécialisation, notamment à l'étranger.

Cette tension est née du non-retour des jeunes médecins, du coût perdu de leur formation entre le gouvernement et les étudiants ou jeunes médecins probablement compliquées par des tensions générationnelles que l'on peut observer notamment à l'université (Preece et Mosweunyane 2004). D'un côté, il y a une génération de responsables de santé publique (élite bureaucratique) qui réfléchit aux moyens de former les jeunes médecins chez eux afin que ne se pose pas la question de leur « retour au pays », de l'autre, une génération d'étudiants en médecine qui cherchent à préserver les possibilités ultérieures de mobilité géographique et professionnelle que peuvent entraver des « années dues à l'État » (en échange de la formation). Ces années de spécialisation qui demandent souvent un séjour à l'étranger peuvent être indispensables même dans le cas d'une carrière dans le système de santé publique botswanais qui a besoin de médecins généralistes mais aussi de spécialistes (pédiatres, maladies infectieuses, médecine interne,...)

Par l'intermédiaire de tribunes interposées dans le quotidien indépendant *Mmegi* un débat virulent a opposé, en 2008, un jeune médecin de 27 ans, le Dr Sethlare, et le Dr Maganu, un haut responsable de santé publique (aujourd'hui représentant de l'OMS en Tanzanie⁴⁵³). Le jeune médecin critiquait un système de santé publique bloqué, incapable d'évoluer au-delà du modèle de soins de santé primaire pour ajuster son système (offre) aux besoins du pays : « la souveraineté du Botswana demande que nous allions au delà des recommandations et des guidelines afin d'établir ce qui est juste (*right*), spécifique et dans les moyens (*affordable*) de notre pays ». Le débat portait sur l'enjeu

⁴⁵² L'étude a notamment recommandé une école de médecine orientée vers la communauté et une formation délivrée selon la méthode PBL « problem based learning ». Présentation « power point » par le Doyen de l'éducation de l'UBSM, Oatlhokwe Nkomazana (membre du Board de ACHAP en 2011) voir le site de l'étude SAMSS Subsaharan Africa Medical Schools Study, <http://samss.org/?home> (5/9/11). SAMSS projet financé par la Fondation Bill & Melinda Gates et porté par le Département Politiques de Santé de l'Université George Washington.

⁴⁵³ C'est la raison pour laquelle je n'ai pu le rencontrer malgré les vives incitations du Dr Howard Moffat.

d'appartenance car le jeune médecin réagissait aussi à un article du même Dr Maganu datant de 2006 intitulé « Droits sans responsabilités » dans lequel il s'insurgeait du départ de médecins à l'étranger; le jeune médecin lui répondit à nouveau : « En tant que médecins citoyens, nous sommes nés Batswana et cela nous donne droit à l'éducation telle que déterminée par la politique de l'éducation du Botswana », le Dr Maganu reprit l'argument principal dans sa réponse en 2008 : « si les jeunes citoyens ont le droit d'être formés grâce aux fonds publics, ne doivent-ils pas au même public un service en retour? Les gens n'ont-ils pas droit à leur service? ».

La réponse politique à l'épidémie de sida, en attirant des universités et écoles de médecines états-uniennes, influe sur les contours de ce projet d'école de médecine : ils proposent des postes attractifs pour de jeunes médecins. Par ailleurs ces acteurs entretiennent des infrastructures et des standards d'« excellence » et un ancrage fort dans la recherche scientifique internationale que tous voudraient trouver dans l'école de médecine. Lors de la conférence de la BMA, un futur médecin a clairement exprimé cette attente : « nous ne voulons pas une autre école de médecine africaine »⁴⁵⁴, expression désignant une école sans spécialisation, des structures effondrées vouées à la « médecine de brousse ». Les jeunes professionnels n'ont eu de cesse de s'enquérir des possibilités qu'ils auront pour effectuer des spécialisations, pour participer à des projets de recherche, etc.

Les réponses sont venues des mêmes experts qui contribuent à la mise en place de l'école de médecine (Upenn, Harvard, Baylor) ainsi que des consultants sud-africains, venant faire miroiter aux étudiants que leur école de médecine sera attractive pour eux. Cependant, les responsables politiques ont tenté, comme le Dr Maganu, de mettre l'accent sur la fibre national(iste) en prolongeant l'idée qu'étant sur place ils seront moins tentés de s'expatrier en Europe, et que c'est leur loyauté qui les conduira à apprécier de « servir leur pays ». Dans son discours aux professionnels de santé de PMH en avril 2007, la ministre de la santé leur a dit:

Nous avons mauvaise presse, on parle toujours des choses négatives, pas des choses positives ! Moi je suis très contente de ce que l'on fait et on enseigne aux autres » « on a le meilleur système de santé en Afrique, on est second après Maurice ... mais nous dépendons des ressources humaines pour la santé (prises de notes lors du discours de la ministre de la santé à l'institut des sciences de santé, Gaborone, 17/4/2007).

Elle a poursuivi en vantant la paix et la stabilité tout en reconnaissant que le manque de personnel a créé des conditions de travail difficiles, puis a appelé l'auditoire à puiser dans son sentiment d'appartenance nationale:

Notre peuple est bien pris en charge. L'on se sent plus accompli lorsque l'on prend soin de son propre peuple⁴⁵⁵ (*idem*)

Au cours de notre second entretien, le Dr Moffat reconnaissait que ce sujet était l'objet d'un certain malaise : tout en affirmant que les « Botswanais veulent vivre au Botswana », il appelait de ses vœux un assouplissement des règles d'installation afin d'inciter les médecins botswanais à rester au Botswana, par exemple pour que ceux-ci ne perdent pas leurs avantages s'ils travaillent dans le privé,

⁴⁵⁴ « We don't want another African school », extrait d'une prise de parole d'un jeune médecin lors de la conférence de l'Association Botswanaise des médecins (BMA), novembre 2008.

⁴⁵⁵ La ministre employa les expressions suivantes: « Our people are well looked after » ; « You feel more fulfilled when you take care of your own people ».

pour qu'ils puissent revenir ensuite dans le système public, qu'ils bénéficient d'incitations financières en vue de s'installer dans les zones reculées, de revaloriser le statut de la « médecine familiale », etc.

Les jeunes médecins quant à eux revendiquent une école de médecine appliquant des standards internationaux et leur donnant accès à une série d'opportunités ne se limitant pas à la prise en charge de leurs concitoyens. Les responsables de santé publique et ceux en particulier chargés de créer l'école de médecine tentent vainement de jouer sur la fibre nationale en appelant à la loyauté des citoyens.

Nationaux et étrangers : une frontière complexe. Le cas de la recherche au temps du sida.

La définition de la politique de santé publique est traversée par la question de la citoyenneté. La mobilisation de registre de l'appartenance et de la loyauté rend d'autant plus saillantes les tensions entre étrangers et nationaux. En définissant la politique de santé publique, en décidant qui bénéficie des antirétroviraux (les époux étrangers mais pas les réfugiés), les décisions gouvernementales participent à une distinction croissante au sein de la catégorie des étrangers, une distinction complexe. Effectivement s'il est possible d'affirmer qu'il existe une catégorie d'étrangers qui sont exclus et dont on ne prend pas soin – les immigrés zimbabwéens, les réfugiés congolais – il est plus difficile de discerner les modalités de définition des « autres » étrangers. Si ceux-ci sont généralement accueillis pour la contribution positive qu'ils sont en mesure d'apporter à l'État en comblant des compétences manquantes, ils sont cependant toujours susceptibles d'être déclarés « immigrants interdits » dès que cette contribution est sujette à caution. C'est probablement la raison pour laquelle la distinction apparaît plus ambivalente dans le domaine de la recherche (expulsion du politiste K. Good en 2005), tout comme celui du plaidoyer pour l'accès aux antirétroviraux pour les étrangers (renvoi du représentant du HCR au Botswana en 2010). En effet, la présence d'étrangers est d'autant plus sensible que ceux-ci critiquent directement ou indirectement, le pouvoir.

L'enseignement supérieur et la recherche sont d'ailleurs parmi les domaines pour lesquels l'État a été le plus dépendant envers les étrangers ce qui a nourri une susceptibilité croissante du pouvoir. Au temps du sida, de l'accroissement des partenariats de recherche, des enquêtes et publications, la possibilité d'analyses critiques sur la politique gouvernementale fait l'objet d'un contrôle accru de la part du pouvoir. Deux questions se superposent : le contexte historique des sciences sociales, et les conséquences de l'épidémie de sida dans le domaine de la recherche.

En premier lieu, la recherche en sciences sociales au Botswana hérite du contexte de l'anthropologie raciste en Afrique du Sud et de recherches qui ont été produites exclusivement par des étrangers. Le Botswana a été l'un des sites d'élection de l'anthropologie sociale britannique qui s'est enrichie des travaux d'Isaac Schapera parmi les Tswana. Elève de Radcliffe-Brown, Schapera a systématiquement consigné l'ensemble des structures sociales, politiques et juridiques des Tswana du Bechuanaland colonial. Son œuvre *Handbook of Tswana Law and Customs* éditée en 1933 fait autorité comme d'autres études sur le travail migrant, la vie familiale. Mais Schapera se situe aussi dans la tourmente des débats opposant l'anthropologie britannique et l'anthropologie afrikaner qui sévissait sous l'apartheid en Afrique du Sud, marquée par la classification physique et l'idéologie de la

ségrégation. Les populations San (ou *Basarwa*) habitant le Kalahari en particulier ont suscité un intérêt constant de la part de générations d'ethnologues qui ont naturalisé la population comme le peuple primitif par excellence et est considérée par certains auteurs comme « le peuple le mieux connu, le plus intensivement étudié aujourd'hui » (Preis 1996). Dans ce contexte d'une anthropologie raciste en Afrique australe, le gouvernement du Botswana a adopté une loi de réglementation de la recherche anthropologique en 1967 (Anthropological Research Act, voir en annexe) qui impose de nombreuses restrictions, ne laissant que peu de possibilités de conduire une recherche de terrain. Cette loi n'a pas empêché la production d'études anthropologiques de premier plan qui ont contribué à l'essor de la discipline et à sa vitalité à l'université du Botswana mais ces études ont presque toutes été réalisées par des étrangers et sur des sujets parfois sensibles et concernant la vie politique et sociale, la foi, le handicap, ou les inégalités sociales (Peters 1994; Durham 1999; Durham 2004; Helle-Valle 2002; Livingston 2005; Klaitis 2009). En effet, pour faire fonctionner l'université du Botswana, fondée en 1982⁴⁵⁶, le gouvernement s'est appuyé sur des universitaires étrangers qui demeurent aujourd'hui présents dans tous les départements d'enseignements et d'administration et en particulier aux postes les plus élevés. Leur rôle et leur contribution ont donc été épisodiquement l'objet de tensions atteignant leur paroxysme avec l'expulsion, *manu militari*, de Kenneth Good en 2005⁴⁵⁷. La frontière entre nationaux et étrangers et les sentiments ambivalents que les Botswanais, universitaires ou responsables politiques peuvent avoir envers les étrangers a également été modifiée par l'épidémie de sida.

En deuxième lieu, la recherche en sciences sociales a été bouleversée par l'épidémie de sida et par l'afflux de chercheurs internationaux et de propositions de partenariats et se manifeste tout d'abord par un contrôle étroit effectué par les autorités gouvernementales. Depuis le milieu des années 2000, les demandes d'autorisation pour obtenir un permis de recherche sont centralisées et étudiées au niveau du Bureau du président⁴⁵⁸ dont les recommandations générales précisent d'emblée :

Le Botswana a adopté une politique de recherche ouverte et encourage la recherche. Cependant, c'est un petit pays en termes de main d'œuvre (*manpower*), de ressources et de population ce qui laisse ouvert les dangers d'être sur-recherché (*being over-researched*) dans certaines zones. De plus, par le passé, des chercheurs ont quitté le pays sans avoir déposé des copies de leurs résultats. Pour cette raison, toute recherche est aujourd'hui

⁴⁵⁶ L'université est issue d'une université régionale qui regroupait les trois protectorats britanniques (University of Basutoland, Bechuanaland and Swaziland ou UBBS) fondée en 1964 et qui devient université du Botswana et du Swaziland après le retrait du Lesotho en 1975.

⁴⁵⁷ Le 18 février 2005, Kenneth Good s'est vu délivré chez lui un avis d'expulsion, il était déclaré "immigrant interdit" ("*prohibited migrant*"). Le professeur Good s'apprêtait à présenter un papier coécrit avec son confrère britannique le professeur Ian Taylor au séminaire du centre d'études politiques et administratives. Cette communication portait sur la montée de l'arbitraire et la centralisation des pouvoirs au sein de la présidence⁴⁵⁷. La décision qui lui était notifiée était justifiée par les pouvoirs exécutifs conférés au président par la section 27 de la Constitution, selon lesquels le chef d'État peut extraditer qui il veut sans explication. Il lui est donné trois jours pour quitter le pays. Le 7 mars 2005, le professeur Good se pourvoyait devant la Haute cour du Botswana pour attaquer la Constitution. Le 31 mai la Haute Cour rejette son pourvoi et il est expulsé (*deported*) en Afrique du Sud, menotté, devant les caméras (humiliation publique). Il ne lui est pas donné de temps pour procéder à des arrangements pour son départ. Le 7 juin il a fait appel devant la Cour d'appel qui a rejeté aussi son cas le 27 juillet 2005

⁴⁵⁸ Pour les recherches menées sur les questions de santé et depuis 2005-2006, les propositions sont étudiées par le ministère de la santé dans le cadre de son comité d'éthique (Human Research and Development Committee).

soumise à une évaluation minutieuse. La priorité doit être donnée aux institutions de recherche locales et aux recherches qui présentent un bénéfice maximal pour la nation, les zones et les sujets qui n'ont pas été déjà intensivement étudiés, ainsi que les sujets présentant une valeur spécifique pour le pays. Dans le même temps, l'obtention d'un permis de recherche dépend des qualifications, références, soutien financier du chercheur, de la clarté et de la solidité de son projet de recherche⁴⁵⁹.

Le document avertit les chercheurs étrangers (à qui il s'adresse explicitement en mentionnant « des chercheurs qui ont quitté le pays sans avoir déposé des copie de leurs résultats) de la sensibilité des autorités gouvernementales envers le processus d'accélération de la recherche menée au Botswana. Comme l'a montré D. Fassin au sujet des enquêtes menées en Afrique du Sud, « l'opposition étrangers/nationaux reste une description relativement opératoire pour appréhender les relations sociales dans le champ scientifique » (2008 :311). En particulier, parmi la quadrature des conflits proposée par D. Fassin pour éclairer les tensions entre chercheurs étrangers et locaux tels que ceux qui ont caractérisé la fin des projets qu'il a coordonnés en Afrique du Sud, le conflit de loyauté est le plus pertinent ici. En effet, le conflit de loyauté distingue les chercheurs étrangers qui sont plus enclins à adopter un point de vue critique sur la recherche en sciences sociales en dévoilant les inégalités sociales, de genre, les enjeux de pouvoir, etc. tandis que les chercheurs locaux quant à eux, ont divers engagements situés et liés à leur appartenance nationale qui les en dissuade souvent. La critique venant des chercheurs étrangers tend ainsi à accroître leur extranéité, tandis que la loyauté des mêmes étrangers, au pouvoir et à la nation est le gage d'une intégration durable à la vie sociale et universitaire botswanaise, aux côtés des citoyens.

Conclusion du chapitre 8

Ayant envisagé les tensions que la politique de lutte contre le sida fait resurgir en termes de loyauté et d'appartenance nationale, j'ai mentionné, pour finir, le rapport complexe entretenu par l'État nation avec les étrangers dès lors qu'ils sont présents dans le champ de la recherche en sciences sociales. Elle met en jeu un rapport inégal (Fassin 2008c; Crane 2010b) et des résistances qui demanderont d'être étudiées dans le cadre de futures recherches. L'exemple de la recherche sur le sida à l'université du Botswana fournit assurément un argument supplémentaire pour affirmer que les tensions entre nationaux et étrangers demeurent pleinement opérantes dans ce champ et dans la conduite de la politique de santé publique. L'exploration des tensions entre nationaux et étrangers, dans le cadre de programmes de recherche clinique ou en sciences sociales ainsi que dans l'élaboration des politiques de santé publique ont été entrevues à l'aune du cas botswanais et mériteront d'être approfondies par de nouvelles recherches. Les modalités de collaboration dans les projets de recherche (biomédicaux et en sciences sociales) entraînent des tensions liées à des relations de pouvoir et de domination néo-coloniale dans lesquels les « chercheurs locaux » se vivent

⁴⁵⁹ Voir le document « Guidelines for Research » (Office of the President), consulté sur le site Internet de l'Ambassade du Botswana aux États-Unis, le 28/8/2011. Je ne peux pas dater ce document, cependant, il n'était pas ainsi formalisé lorsque j'ai présenté mon projet de recherche en mars 2006.

comme pourvoyeurs de données et non comme acteurs de la recherche.

Les tensions émanant de la définition et du déroulement de l'action publique face au sida ont été réinscrites dans l'économie politique de la recherche sur le sida et la biopolitique au Botswana. Premièrement, en analysant la signification de la politique de dépistage en routine j'ai montré qu'elle donnait à voir (aux citoyens et au reste du monde), le diptyque d'une biopolitique associant le pouvoir bienfaisant et des tendances autoritaires inscrites dans les textes de lois, réactualisées dans les pratiques politiques comme l'expulsion d'expatriés et une grande sensibilité à la critique en général. Ensuite en étudiant la finalité de l'action publique, à partir des choix politiques concernant les bénéficiaires des politiques de soin – les époux étrangers mais pas les réfugiés – j'ai montré que cette politique avait un caractère nationaliste qui amenait l'État à revoir certaines dispositions en lien avec une définition trop restrictive de la nationalité, s'opposant aux objectifs de santé publique (cas de la prévention de la transmission de la mère à l'enfant). La politique de santé publique, à travers la décision de ne pas délivrer des antirétroviraux aux étrangers est une occasion de réaffirmer les limites de l'action de l'État bienfaisant aux seuls citoyens nationaux. Également, ces choix renvoient aux tentations de plus en plus fortes pour une localisation (ou nationalisation) des politiques afin que les postes qualifiés reviennent aux Botswanais et qu'ainsi, de plus en plus, les Botswanais prennent soin des Botswanais, avec l'aide ponctuelle d'experts étrangers.

Conclusion de la troisième partie

L'accès aux médicaments antirétroviraux au Botswana a fait l'objet d'un investissement humain, financier et symbolique de la part d'acteurs scientifiques, pharmaceutiques et politiques au niveau national et international. Dans sa mise en œuvre, la distribution des médicaments dans le système de santé public n'est plus seulement un impératif moral pour la communauté internationale, elle est un enjeu de politique de soins qui implique des tensions dans le système de santé. Les médicaments antirétroviraux sont un moyen d'inclusion dans la communauté morale et de réaffirmation de l'appartenance et l'identité nationale. Professionnels de santé botswanais, états-unien, unis dans cet objectif, mobilisent un discours d'obéissance et de révérence envers l'octroi de ce droit aux médicaments.

J'ai analysé dans cette partie les pratiques et politiques du soin au temps des antirétroviraux pour montrer les différentes modalités de redéfinition de la citoyenneté. Dans un premier temps, j'ai souligné que l'organisation des soins dans le cadre du programme national d'accès aux antirétroviraux aboutissait à un resserrement des liens dans la communauté nationale des citoyens, au cœur d'une communauté morale de patients. Puis, j'ai exposé différents axes de la prise en charge ordinaire des femmes à l'hôpital pour montrer l'ensemble des enjeux politiques et moraux que posent les questions liées à la reproduction au temps du sida et de l'immigration. Dans le dernier chapitre j'ai montré les processus politiques et juridiques par lesquels les étrangers étaient exclus des politiques de soin et étudié les caractéristiques d'un État bienfaisant qui tout à la fois prend soin de sa population de citoyens nationaux et réaffirme l'importance d'une « nationalisation » de la santé publique (médecins notamment).

Ces différentes modalités pratiques et politiques de la prise en charge des patients séropositifs doivent être entrevues dans le cadre de l'économie politique régionale et du recours de plus en plus fréquent aux politiques de l'appartenance dans la compétition politique et dans la logique des pouvoirs. Préférence nationale, autochtonie, ethnicisation de la vie politique tendent à caractériser de plus en plus de secteurs de la vie politique et sociale dans l'Afrique contemporaine (Bayart, Geschiere, et Nyamnjoh 2001) en temps de crise économique et de crispations politiques. Cette dernière partie de la thèse a cherché à en montrer les caractéristiques et les implications dans le domaine de la santé.

La notion de citoyenneté a été mobilisée tout au long de l'ethnographie des pratiques de soins car elle rend compte des tensions politiques dans un État social qui octroie des droits et qui se distingue ainsi de ses voisins. Cela suscite dans la région des convoitises, une xénophobie ordinaire et des politiques d'exclusion qui ont en commun d'être animées par la revendication de droits, en particulier de droits économiques et sociaux que les États ne sont pas ou plus en mesure d'assumer. L'épidémie de sida, en fragilisant l'ensemble des structures de la société, a réactualisé les politiques de « localisation », de préférence nationale et d'allocation des biens précieux pour les seuls citoyens.

Dans ces espaces économiques et sociaux fragilisés, les individus circulent de plus en plus : des migrants en quête de travail, voire des non-nationaux, de plus en plus nombreux en Afrique, dont aucun État ne reconnaît le statut.

Dans un monde ouvert, « globalisé » mais en temps de crise, l'État nation et la citoyenneté sont des constructions plus que jamais contradictoires. La nationalité, sur laquelle repose la citoyenneté devrait être un objet d'étude important en Afrique dans les années en avenir tant elle suscite d'exclusions, de contestations et en même temps, parfois, garantit des droits.

Conclusion générale

Lundi 23 juillet 2012, j'ai rencontré le Dr Alma, au cours de la conférence AIDS 2012 organisée par l'International AIDS Society à Washington et qui a réuni plus de 23000 délégués pendant une semaine. Je ne l'avais pas vue depuis mon dernier séjour à Gaborone en septembre 2009, et nous n'avons qu'épisodiquement été en contact, par courrier électronique. Médecin spécialiste des résistances aux traitements antirétroviraux au centre de soins, coordinatrice de la recherche clinique au ministère de la santé, Dr Alma est une protagoniste importante de l'enquête : j'ai assisté pendant plusieurs semaines à ses consultations, réalisé deux entretiens approfondis et nous avons eu de nombreuses conversations informelles. Dr Alma n'est pas venue à AIDS 2012 présenter les résultats d'une recherche effectuée dans le centre de soins ou d'un programme supervisé au ministère de la santé ; elle assiste au satellite⁴⁶⁰ intitulé « Partenaires dans l'innovation : informer sur la réponse face au sida, les succès et leçons apprises par le partenariat public-privé ACHAP au Botswana ». Comme moi, elle écoute les réalisations de l'alliance entre les fondations Gates et Merck et le gouvernement du Botswana, la présentation des résultats de l'étude « Survie » conduite par le Botswana-Harvard Partnership (BHP) dans le cadre du programme Masa et ceux du programme pilote de circoncision masculine. J'imaginai qu'il faudrait m'imposer pour m'entretenir quelques instants avec elle dans son agenda chargé. Après les politesses d'usage, Dr Alma me propose de déjeuner ensemble. Elle ne tarde pas à m'annoncer qu'elle est « sans emploi » : son contrat avec le ministère de la santé n'a pas été renouvelé en avril dernier. Elle a juste eu assez de temps pour transmettre des consignes aux médecins du centre pour ses patients en échec thérapeutique ; en revanche, pour ses fonctions au ministère de la santé, en particulier les protocoles de recherche à examiner pour le comité d'éthique, elle ne sait pas qui prendra sa suite. Dans le restaurant qui jouxte le centre de conférence, Dr Alma salue chaleureusement plusieurs anciens confrères états-uniens qu'elle a côtoyés lorsqu'ils travaillaient à Gaborone, pendant quelques années. Toutefois, lorsqu'elle leur annonce son « congé sabbatique » on peut sentir la gêne réciproque au sujet de cet inimaginable statut « sans emploi » pour une personne dotée de telles compétences, s'adressant à de jeunes cliniciens en pleine ascension professionnelle dans le domaine des maladies infectieuses. De fait, cet intermède professionnel cache une grande inquiétude sur le plan éthique et politique dont elle me fait part, et qui fait écho aux tensions décrites dans la thèse au sujet de la rapidité de l'intervention, de la superposition toujours

⁴⁶⁰ Dans les conférences de l'International AIDS Society, un « satellite » est une table-ronde parallèle organisée par une association ou une institution.

plus affirmée entre le domaine de la santé publique et celui de la recherche biomédicale et de la difficulté d'en prévoir les conséquences à long terme.

Je fais part à mon interlocutrice de l'achèvement de ma thèse dont elle avait suivi de près la partie empirique dans le centre de soins et également la dernière phase réalisée à Boston, grâce à son entremise, et qui m'a permis d'effectuer la généalogie de la collaboration avec Harvard (BHP) pour lequel elle avait travaillé jusqu'en 2006. Elle est très intéressée par le fait que l'histoire de cette collaboration soit écrite – c'est elle qui avait démissionné de BHP, une organisation qu'elle jugeait « trop compétitive », peu transparente et pas suffisamment impliquée dans le soin des patients. Selon le Dr Alma le « non-renouvellement » de son contrat est le résultat de pressions politiques de la part de Harvard en lien avec sa posture critique par rapport à leurs projets de recherche, leur cohérence méthodologique et leur bien fondé sur le plan de la santé publique. Elle souligne que la méthodologie et l'échelle des projets de BHP récemment approuvés au Botswana – ceux qui ont été exposés lors du satellite sur le Botswana, en particulier l'accent mis sur le « traitement comme prévention » (« TasP »)⁴⁶¹ – tout comme la circoncision masculine, lui ont parus insensés au regard des défis politiques en termes de pérennisation du programme de soin. Les inquiétudes qui étaient les siennes (voir chapitre 5) se sont transformées en indignation face à la marche prise par la recherche clinique qu'elle décrit comme une mécanique inexorable se disjoignant de plus en plus d'objectifs réalistes de santé publique. Pour autant, la biomédicalisation accrue de la lutte contre le sida au Botswana est en accord parfait avec les tonalités de la 19^{ème} édition de la conférence de l'IAS. En proclamant le slogan « vers la guérison du VIH » (*Towards an HIV cure*), la conférence a mis en scène une science biomédicale revendiquant toujours plus d'emprise sur le virus par des interventions biomédicales visant à « éradiquer le virus » et ne donnant qu'un très faible écho à la critique émanant des sciences sociales ou la contestation de ces approches de l'épidémie émergeant dans certaines organisations comme l'OMS⁴⁶². Les politiques de prévention du sida, marquées par une biomédicalisation croissante de la prévention augurent d'une re-médicalisation de l'épidémie (Nguyen et al. 2011). Ce nouveau tournant biomédical – après la phase de généralisation du traitement antirétroviral – s'observe au Botswana où les projets de recherche menés majoritairement par le Botswana-Harvard Partnership, financés par les National Institute of Health ou par les Centers for Disease Control, se confondent toujours plus avec des interventions pilotes de santé publique. L'essai de circoncision masculine (Kebaabetswe et al. 2003; Plank et al. 2009) est en cours de généralisation et de la même façon, le projet « test and treat » initialement prévu dans le village de Mochudi s'est considérablement élargi, dans ses objectifs pour adopter l'approche « TasP » et dans sa couverture géographique⁴⁶³ lui donnant

⁴⁶¹ Le concept de *Treatment as Prevention* ou « TasP » n'a pas été analysé dans la thèse car il émerge au début des années 2010. Il concerne le caractère protecteur des antirétroviraux : lorsqu'une personne sous traitement voit sa charge virale baisser jusqu'à être indétectable, cette personne a un bien moindre risque de transmettre le virus. Le concept acquiert une consécration en juillet 2011 à la conférence sur le sida de Rome avec la publication des résultats de l'étude HPTN 052 qui a montré une réduction de 96% des infections dans le cadre de couples séro-discordants, des couples hétérosexuels et stables. Pour une critique du concept et la « remarquable absence de débat » qui avait marqué ces annonces, voir Bajos et al. (2010).

⁴⁶² Voir par exemple les travaux de la commission sur les déterminants sociaux de l'OMS.

⁴⁶³ A partir du projet « Test and Treat » qui cherchait à mettre sous traitement immédiat tout personne dépistée séropositive au VIH sans attendre que sa numération de CD4 soit inférieure à 350. BHP avait

de fait l'ampleur d'une intervention de santé publique qui sera sans doute adoptée prochainement. Dr Alma prédit l'orientation future de la santé publique face au sida au Botswana: « ils vont pousser jusqu'à l'adoption de ces politiques [traitement comme prévention, circoncision masculine], alors que l'Etat n'aura bientôt même plus les moyens de conduire le programme ARV! ... dans dix ans il n'y a plus de diamants ! (...) Et puis, le plus difficile pour moi, c'est qu'avec l'expérience que j'ai accumulée, je ne vois vraiment pas qui pourrait aujourd'hui apporter une quelconque contradiction et dire : attendez il faut prendre en considération ceci ou cela... ».

Comprendre les frictions et les rapports de pouvoir entre les responsables politiques nationaux et les partenaires biomédicaux dans l'élaboration et la conduite des politiques de santé publique a figuré parmi les ambitions de la thèse. La conversation avec le Dr Alma ainsi que les présentations suivies pendant la conférence confirment que la recherche biomédicale autour du VIH/sida en Afrique est conduite à une échelle toujours plus grande par des acteurs biomédicaux qui exercent une pression politique, économique et symbolique auprès des gouvernements pour obtenir leur adhésion sur le principe de la recherche et l'adoption ensuite de ces recommandations dans les politiques de santé publique. Or, dans les conférences et les revues biomédicales, les résultats de recherche biomédicale sont présentés isolément des enjeux sociaux et politiques desquels ils sont pourtant fortement connectés. Dans la thèse j'ai précisément analysé ensemble les enjeux de recherche scientifique et le contexte social, économique et politique dans lesquels ils s'inscrivent. J'ai exposé les raisons qui expliquent que les autorités souveraines se soient appropriées une politique de santé publique élaborée selon les modalités et les objectifs de la recherche clinique et les ai inclus dans le projet de développement national. Une sociohistoire de l'État et une ethnographie du pouvoir bienfaisant a démontré que la politique de santé publique au Botswana avait à la fois une signification pour ses citoyens et pour le reste du monde et également des conséquences qui dépassent ses objectifs premiers de traitement de la population ; elle redéfinit les contours de la population.

Prendre soin de sa population

L'expression qui donne son titre à la thèse, « prendre soin de sa population », a eu vocation à souligner différentes dimensions d'un gouvernement de la population par la santé publique au Botswana : du pouvoir pastoral à l'Etat bienveillant, de la biopolitique aux enjeux de citoyenneté.

« Prendre soin de » : pouvoir pastoral et État bienfaisant

En exposant l'histoire et les politiques de l'État bienfaisant, j'ai proposé d'entrevoir le pouvoir pastoral qui précède et accompagne la biopolitique au Botswana, dans les pratiques de soin autour des antirétroviraux et dans les politiques, en particulier le rôle du président de la République. J'ai montré que les soignants au centre de soins s'attelaient quotidiennement à favoriser l'inclusion dans une « communauté morale » c'est-à-dire inclure les patients dans cet « ensemble des personnes,

choisi la petite ville de Mochudi pour y conduire ce projet. Le projet a été élargie en lien avec les résultats de l'étude HPTN 052 publiés en juillet 2011 annonçant une baisse de 96% du risque de transmission du VIH dans le cas de couples séro-discordants au sein desquels le couple séropositif est traité par ARV. L'étude porte sur 16 districts de santé sur les 27 du système de santé au Botswana.

concrètes ou virtuelles avec lesquelles on imagine partager une même condition humaine » (Fassin 2011). J'ai également proposé avec la notion d'État bienfaisant le pouvoir « paternel » voir paternaliste incarné par le président qui déclare la communauté en voie d'extinction, décide d'une politique de dépistage systématique du VIH, assure qu'il faut savoir prendre des décisions inconfortables pour le bien de son peuple. Le président met en scène un lien direct entre lui et ses concitoyens, autant comme une promesse de salvation et de guérison, que comme une réaffirmation d'appartenance à une communauté. Le pouvoir bienfaisant s'exerce dans le respect des règles de droit mais au moyen dispositions légales lui conférant des tendances autoritaires notamment grâce à un présidentielisme marqué.

Le pouvoir pastoral comporte des limites pour analyser les politiques du sida. Tout d'abord le pouvoir pastoral constitue la forme archéologique de la biopolitique, c'est pourquoi on y retrouve une tension entre un pouvoir qui voudrait être individualisant – la métaphore du berger qui connaît chacune de ses brebis – et un pouvoir qui est de plus en plus concerné par la communauté, en tant qu'ensemble préfigurant l'existence, et l'action sur, la population. La notion échoue à rendre compte de l'économie politique du traitement du sida, de la question du gouvernement et du processus de redéfinition de la communauté nationale. Effectivement, le pouvoir pastoral incarne le seuil historique de l'entrée du problème de la vie dans la sphère et les techniques du pouvoir mais ne reflète pas la transformation de la « nature des phénomènes pris en considération » qui sont des « phénomènes collectifs, pertinents au niveau de la masse et de leurs effets économiques » (Foucault 2004, 109). La politique du médicament décrite dans la thèse appartient à la sphère des techniques de gouvernement d'un État qualifié de « développementaliste » qui a mesuré l'impact du sida sur la productivité et sur l'économie nationale et anticipé l'efficacité économique d'une politique d'accès aux médicaments. Il s'agit dès lors de considérer la « population comme objet dont le gouvernement va tenir compte pour arriver à gouverner de façon rationnelle et réfléchie » (*idem*). En tant que tel, le médicament contribue à faire exister la population, à définir ses contours, à la délimiter par des techniques spécifiques comme l'enregistrement dans le programme de soins, à l'instar de l'état-civil, de la carte d'identité et du passeport.

« sa population » : citoyenneté et nationalisme sanitaire

La population est en effet selon Foucault « ce nouveau sujet » qui caractérise l'économie politique en tant que science de gouvernement. Le type d'intervention caractéristique du gouvernement est précisément le couple population-richeesse. La politique de santé publique a été analysée dans ce registre, à partir des questions d'inclusion et d'exclusion, en lien avec les politiques et les pratiques de la citoyenneté. En effet, la citoyenneté, arrimée au critère de nationalité octroie des droits et notamment des droits sociaux (éducation, médicaments, soins) selon des principes stables depuis la naissance de l'État indépendant. La citoyenneté en tant que « lien » caractérise l'allégeance du citoyen et la protection de l'État, une protection qui se matérialise en outre par une « citoyenneté sociale » (Marshall 1964) en termes de droits et de devoirs. Si le médicament est conçu comme un droit dont bénéficient les citoyens, l'administration des soins est cependant un processus dans lequel se réaffirment les hiérarchies de pouvoir, de genre, et les tensions entre nationaux et étrangers.

Étudiée par le biais de la prise en charge des femmes à l'hôpital, la citoyenneté permet de souligner les hiérarchies de genre et les rapports de pouvoir en même temps que les inégalités sociales et l'exclusion des migrants. Aussi, la citoyenneté met en évidence l'existence de droits sociaux mais également participe à la différenciation des vies entre elles : ceux qui vivent ; ceux qui peuvent en mourir. Les jeunes femmes botswanaises dont on s'occupe à la suite d'un avortement, même condamnées moralement et par la justice, ne reçoivent pas le même traitement que les femmes zimbabwéennes dont la prise en charge à l'hôpital est caractérisée par des délais dans les soins, la rudesse des gestes et la violence de la condamnation morale et judiciaire.

La thèse a proposé un prolongement des recherches menées sur les citoyennetés biologique (Petryna 2002) et thérapeutique (Nguyen et al. 2007; Nguyen 2010) en envisageant le médicament non seulement comme support matériel de réalisation de la citoyenneté, mais aussi comme un droit octroyé aux citoyens botswanais en échange d'un devoir d'observance et de maintien en vie. Ce renversement s'est imposé après avoir mis en évidence le rôle de l'État dans le développement économique, la régulation politique et les politiques sociales et son caractère efficient et stable dans le temps. La principale contribution de l'étude est d'avoir dépassé la question de l'expérimentation pour penser l'accès aux médicaments dans le cadre de la citoyenneté et de l'imagination nationale c'est-à-dire la citoyenneté en tant qu'elle définit l'appartenance à une communauté nationale. La santé publique, étudiée en pratiques et dans les décisions politiques, est sous-tendue par un nationalisme qui a des racines historiques et une dimension économique et politique. Dans un contexte de ségrégation raciale dans la région, le pouvoir botswanais indépendant s'est efforcé de se démarquer de cette configuration régionale ce qui a nourri un nationalisme latent. Réactivé dans un contexte de crise économique et sanitaire, la dimension nationale, voir nationaliste, imprègne les politiques de santé. Les tensions dans la définition des bénéficiaires des soins font évoluer les lignes de démarcation de « sa » population : les époux étrangers peuvent accéder aux soins, afin que des mères étrangères puissent mettre au monde des enfants botswanais séronégatifs. Pour autant, les frontières sont réaffirmées dès lors que se pose la question de l'octroi des médicaments pour des réfugiés présents sur le sol botswanais : la souveraineté ne s'exerce que pour les nationaux, le soin de cette catégorie d'étrangers est relégué à des agences internationales.

Economie politique de l'intervention sur le sida

Si l'accès aux médicaments est une politique de santé publique qui relève d'un pouvoir bienfaisant, d'enjeux de citoyenneté, ce processus est également lié à l'économie politique de la recherche sur le sida, en particulier un phénomène que j'ai nommé « attractivité », qui a constitué le Botswana en cible privilégiée de la coopération biomédicale, des programmes philanthropiques, de don de médicaments et de recherche clinique. « Prendre soin de sa population » désigne aussi le gouvernement des populations au croisement entre l'ancrage expérimental des politiques de santé en Afrique, marquée par l'attractivité de certains sites pour les essais cliniques, et un mode de gouvernement de la population par le médicament.

La sociohistoire des acteurs et des politiques face au sida a révélé un processus de densification de la recherche autour de l'hôpital Princess Marina et de spécialisation autour du VIH,

qu'il s'agisse de la prévention de la transmission mère-enfant, des antirétroviraux en population générale ou du VIH pédiatrique. J'ai également montré que les pays se définissent par les avantages comparatifs qu'ils offrent pour la réussite de l'intervention : le profil épidémiologique et démographique déterminant l'accessibilité des patients et la commodité de l'intervention en termes de régulation éthique et de stabilité politique.

Les médicaments antirétroviraux représentent un instrument, pour les compagnies pharmaceutiques et les fondations philanthropiques pour redorer, sur le plan moral, leur image ternie et pour entériner une logique économique et biotechnologique de brevetage du vivant et des innovations pharmaceutiques. Les médicaments offerts aux autorités botswanaises, comme je l'ai montré dans le cas de l'efavirenz, sont au cœur d'enjeux politiques et commerciaux liés au brevetage du vivant et à la propriété intellectuelle dans le domaine de la santé publique (Cassier et Correa 2010; Krikorian et Kapczynski 2010).

Dans ce cadre, la thèse a proposé une analyse de l'action publique face au sida qui établit un lien fort entre l'économie politique du sida et l'attractivité de certains pays pour la recherche biomédicale et pour les interventions de santé publique qui sont conduites selon les modalités et les acteurs de la recherche clinique. A partir du cas botswanais et du programme d'accès aux antirétroviraux, autour de l'action de l'École de santé publique de Harvard (HSPH) à Gaborone et au moyen d'une histoire croisée avec le Sénégal, j'ai exposé les caractéristiques du site attractif dans lequel l'accès aux ARV s'est mis en place.

J'ai proposé la notion d'attractivité car elle rend compte de la réciprocité des intérêts des acteurs impliqués : institutions de recherche biomédicale, acteurs philanthropiques et un gouvernement adhérent pleinement à des objectifs de développement sanitaire et de modernisation thérapeutique. Le gouvernement botswanais intègre les projets de recherche internationaux dans une politique plus large de développement biotechnologique et d'appel aux investisseurs étrangers. En économie politique, la notion d'attractivité fait référence à une politique (Friboulet 2010) dans laquelle un pays mise sur ses avantages comparatifs en vue de bénéficier de programmes d'investissement. Cette politique s'est matérialisée par un gouvernement tôt impliqué dans une approche biomédicale de la lutte contre le sida, adossée à un système de santé solide dont l'hôpital Princess Marina représente l'avant-garde en tant que site principal d'intervention et de recherche biomédicale. Guidé par les élites du Botswana Development Party (BDP) depuis l'indépendance, le pays se caractérise en effet par un ensemble de « bonnes dispositions » envers l'intervention d'experts étrangers sélectionnés pour leur capacité à contribuer au développement économique du pays, une stabilité politique et une utilisation raisonnée des ressources nationales pour payer les salaires des fonctionnaires et assurer un « environnement juridique fiable » pour le secteur privé.

Cet agencement se situe dans une cartographie plus large, en Afrique, d'une tendance à la répartition des sites hospitaliers entre institutions biomédicales qu'il faudra étayer en comparant avec d'autres histoires de constitution de ces sites, à partir de la proposition faite dans la thèse sur ce que l'hôpital Princess Marina a représenté pour le Harvard AIDS Institute. Des monographies de ces enclaves thérapeutiques, par exemple celle de la collaboration entre l'Université Makerere et

l'Université états-unienne Johns Hopkins en Ouganda, notamment le Joint Clinical Research Center (JCRC) de l'hôpital Mulago à Kampala⁴⁶⁴, le centre de recherche sociodémographique de Mtubatuba en Afrique du Sud (Africa Center for Health and Population Studies), les sites ANRS à Yaoundé ou à Dakar⁴⁶⁵ pourront enrichir les caractéristiques proposées dans cette recherche : le processus de densification de l'intervention autour d'un site, la spécialisation autour d'une pathologie et l'imbrication entre objectifs de recherche et de santé publique, suscitant en même temps une inquiétude et une quête active de la part des acteurs de santé publique.

Cette cartographie m'a semblée correspondre en effet à l'attraction comme phénomène caractérisant le rapport au monde de l'Afrique (Dozon 1991). Sans se substituer à ce qu'apporte la notion d'expérimentation, un outil heuristique pour penser les analogies et continuités de la recherche médicale en Afrique – la spatialisation et la densification de l'intervention, la conduite conjointe de la recherche et de la santé publique, et aussi la « productivité scientifique » du continent – l'attraction constitue une piste pour penser la place renouvelée du continent africain au point de rencontre entre la recherche biomédicale et l'économie globale, en tant que réservoir de ressources biologiques permettant des innovations médicales et technologiques, dont les profits sont largement externes au continent africain. Dans ce sens, l'attractivité qualifie à la fois les modalités de l'intervention biomédicale internationale et également le processus de mise en conformité et la politique d'extraversion menée par les pays africains pour produire un environnement sanitaire, légal et politique favorable à l'intervention extérieure.

Comment poursuivre, à partir de cette recherche, l'exploration de ces intersections entre, d'une part, des citoyens, un système de santé et un État et, d'autre part, la dynamique de l'attractivité dans laquelle ils sont insérés en tant que sites de recherche biomédicale et d'intervention internationale ? Comment procéder à l'étude des tensions qui se profilent à l'aune de la crise financière mondiale, de l'amorce d'un déclin des financements internationaux de la lutte contre le sida comme le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme et la mise en œuvre de nouvelles politiques de santé publique et d'intervention biomédicales ? L'avenir sombre de la coopération étatique multilatérale continuera de laisser une place importante aux acteurs privés, pharmaceutiques et aux collaborations biomédicales pour intervenir sur la santé en Afrique et définir des configurations spécifiques de lutte contre la maladie dans des sites attractifs pour la recherche biomédicale et dans les États qui ne sont pas attractifs car ils sont effondrés ou en guerre.

⁴⁶⁴ Comme l'hôpital Princess Marina à Gaborone, le JCRC à Kampala est depuis 2007 un site homologué pour les essais cliniques sur le sida : AIDS Clinical Trial Group (ACTG).

⁴⁶⁵ Pour une ethnographie du Régional de Recherche et de Formation à la Prise en Charge Clinique (CRFC) à Dakar voir la thèse de Mathilde Couderc (2011).

Ethnographie de l'État et sociologie des politiques de santé publique dans un contexte global

L'apport empirique de la thèse concerne en premier lieu la définition d'une posture de recherche qui a accordé une place centrale aux enjeux éthiques et politiques de l'enquête comme guide pour l'enquête, outils de réflexivité et de singularisation de l'objet de recherche (Fassin et Bensa 2008; Chabrol et Girard 2010). A cet égard, l'étude de la gestion des suites d'avortement à l'hôpital que j'ai effectuée dans cette recherche est exemplaire de l'ouverture de l'observation ethnographique, qui autorise à ne pas se cantonner à l'étude du VIH, objet convoité dans un site qui s'était révélé « surinvesti » (Chabrol 2008). Cela n'a toutefois pas réduit sa richesse empirique en particulier dès lors que j'ai pu observer à la fois l'hôpital et d'autres espaces et que j'ai procédé à l'analyse tant de la prise en charge du sida que des questions qui n'étaient pas directement associées au sida. Autour du traitement de l'avortement j'ai ainsi interprété les pratiques des soignants et les politiques de santé publique à l'aune des rapports sociaux de genre, des inégalités sociales et de l'exclusion politique et morale des femmes zimbabwéennes. En ce qui concerne les femmes enceintes séropositives, j'ai montré les incertitudes médicales, morales et politiques et les considérations économiques et financières, qui expliquaient les tensions autour de ce programme. Pour autant, le rôle de la recherche en sciences sociales dans un contexte « surinvesti », qui m'avait semblé si fondamental à la fin de l'enquête de terrain s'avère peu évoqué dans la thèse. Est-ce une des limites de ce travail ? Ou peut-être s'agissait-il plutôt « seulement » d'une étape de construction de l'objet de recherche. Aujourd'hui, la possibilité de mettre en perspective la place des sciences sociales dans les projets multidisciplinaires me semble devoir être l'un des objectifs d'un parcours de recherche au long cours, confronté à d'autres expériences, terrains et collaborations (Vidal 2010)⁴⁶⁶.

L'approche théorique de la thèse repose sur une ethnographie des pratiques de soin et les politiques de santé publique pour analyser l'État et l'économie politique de la santé. Le niveau d'observation ethnographique des pratiques et de l'organisation des soins à l'hôpital, des interactions entre soignants et avec les patients dans la consultation médicale, puis les entretiens avec les responsables de santé publique et chercheurs se sont révélés particulièrement adaptés pour y parvenir. Tout un ensemble de situations de vie sociale dans lesquelles se manifeste l'État, notamment par la présence des fonctionnaires dans les institutions et lieux publics ou dans la sphère privée m'a également permis d'affiner les éléments structurants la vie sociale et politique concernant les rapports sociaux de sexe, de nationalité, les tendances autoritaires d'un État bienfaisant. L'ambition méthodologique de la thèse réside dans cette articulation entre l'observation des niveaux national et local des enjeux de soins, de santé publique et de citoyenneté et le niveau des acteurs scientifiques, biomédicaux et pharmaceutiques (économie politique globale des enjeux de santé et d'intervention au Sud). Quant à son ambition épistémologique, cette recherche mobilise, sur la base de l'ethnographie, des outils empruntés à différentes disciplines et approches théoriques,

⁴⁶⁶ Cela pourra aussi permettre de réfléchir sur les tensions liées à la recherche, au recueil des données, à la production théorique émanant d'Afrique (Bates, Mudimbe, et O'Barr 1993) mettant en jeu des rapports de domination, des revendications de propriété, etc.

principalement l'anthropologie de la santé publique, l'histoire et la sociologie politique.

En s'appuyant sur ces échelles méthodologiques et épistémologiques, la thèse réaffirme trois prérequis pour des recherches futures : une inscription historique dans le temps long et un regard « continental » interrogeant l'Afrique au monde ; une anthropologie politique des programmes de « santé globale » et, enfin, une sociologie politique de l'Etat à l'aune de l'action en santé publique. Également, dans une attitude de veille au long cours, l'on doit regarder l'évolution du rôle des sciences sociales dans les projets biomédicaux, dans les enquêtes et dans la formulation d'une critique, notamment dans le domaine du sida⁴⁶⁷.

En premier lieu, dans ses différents développements la thèse a défendu l'importance d'une réinscription historique en se penchant à la fois sur l'histoire de la santé publique au Botswana et sur l'histoire de la médecine coloniale en Afrique. Ce temps long permet de mobiliser des éléments d'histoire économique et de philosophie politique pour envisager ces transformations de l'Afrique au monde et continuer de penser son extraversion (Bayart 1999). En effet, après avoir proposé d'envisager le basculement dans l'accès aux antirétroviraux comme un mouvement de balancier dans une phase historique d'attraction (Dozon 1991) il faudra continuer à étudier la présence de l'Afrique au monde dans la profondeur historique d'une extraversion économique, sociale et politique. Le domaine de la santé publique peut être pensé dans cette optique, à la fois en tant que révélateur des inégalités mondiales, de la structuration des échanges économiques, des logiques de domination politique et financière et en tant que levier de « fabrication et captation d'une nouvelle rente de la dépendance comme matrice historique de l'inégalité » (Bayart 1999: 100-101). Il permet aussi d'entrevoir l'« instrumentalisation de la contrainte externe par les détenteurs du pouvoir ou les autres acteurs politiques » (*idem*). La biomédecine demeure au cœur du rapport inégal de l'Afrique au reste du monde et doit encourager l'étude de la généralisation à l'échelle de populations entières d'interventions biomédicales, de « pratiques invasives », au détriment d'approches structurelles de la prévention visant les inégalités sociales et les systèmes de santé. Il faudra approfondir les premiers jalons de cette réflexion qui mette en tension la logique expérimentale des politiques de collaborations biomédicales et la logique extractive des politiques de développement économique des États.

Deuxièmement, les outils de l'anthropologie politique et morale de la santé publique mobilisés dans la thèse sont particulièrement adaptés à l'étude des transformations locales des politiques globales. L'observation de l'organisation des soins, des interactions entre soignants et soignés, de la vie des patients, etc. peuvent permettre d'expliquer les enjeux du tournant biomédical, de la technicisation et de l'individualisation des politiques de soin, en somme les transformations des acteurs et des pratiques qui revendiquent le terme de « santé globale ». Cette configuration d'acteurs est composée de scientifiques, de cliniciens, d'instituts de recherche biomédicale et d'universités occidentales, de jeunes professionnels préparant une carrière prometteuse, de médecins africains recevant des formations, et des patients. Les médicaments, les outils diagnostiques représentent aussi un terrain d'investissement économique et de développement technologique et commercial pour

⁴⁶⁷ Voir les initiatives récentes de la conférence internationale des sciences sociales à Durban en 2011, à Paris en 2013 ; le blog Transcriptions, par exemple le billet écrit par Judith Auderbach, <http://somatosphere.net/2012/07/on-activism.html> (24/7/2012).

la recherche biomédicale, comme le montre par exemple l'utilisation croissante de la téléphonie mobile pour s'assurer de l'observance des patients, et pour recueillir des données de recherche. Il faudra poser l'ensemble des problèmes posés par ce terme de « santé globale ». Il est de plus en plus évident que les financements, les politiques et les pratiques dans le domaine de la santé ont tendance à naturaliser les inégalités sociales et à décontextualiser toujours plus l'intervention sanitaire en ne se concentrant sur le médicament au détriment d'une approche holistique des politiques de santé visant un meilleur accès à l'eau, à l'alimentation aux côtés des soins et des médicaments. Les États sont pris dans un étau pour l'administration de leur système de santé, ayant à capter des aides financières, des programmes de coopération et des interventions qui sont de plus en plus compartimentés, concentrés sur une pathologie, ce qui remet en cause une action étatique holistique agissant sur les déterminants de santé. Surtout, la propension des États à adopter ces approches et modes de financement, contribue à les modeler comme des sites attractifs et à creuser l'écart avec les États faibles, éclatés ou en guerre que les acteurs biomédicaux pourraient délaïsser.

Dans l'étude de ce champ de la santé mondiale en Afrique, il faut veiller à ne pas choisir une entrée dans un sujet de recherche prédéfini par ces programmes, entreprise à laquelle répondent de nombreux départements d'université et instituts de santé globale qui évaluent ces actions de « santé globale », y compris en revendiquant une méthode expérimentale⁴⁶⁸ (Duflo 2005; Duflo 2010). Réaffirmer au contraire la centralité de l'induction dans le processus de recherche est crucial. L'ethnographie hospitalière ou dans de plus petites structures de soins demeure un outil essentiel afin de comprendre la structuration des enjeux autour du traitement des patients et de l'organisation des soins. Cela permettra d'étudier d'autres pathologies peu ou pas étudiées, associées ou non au VIH et de comprendre pourquoi elles sont incluses ou exclues des politiques de santé publique⁴⁶⁹. Après la généralisation des médicaments, il faudra étudier la gestion de la durabilité des programmes, leur agencement avec d'autres programmes de lutte contre d'autres pathologies comme la tuberculose ou le paludisme, le traitement des coïnfections comme l'hépatite B et surtout l'hépatite C dont le traitement demeure couteux et largement indisponible en Afrique malgré de fortes prévalences. Ces pathologies seront-elles traitées car elles courent le risque de faire échouer le traitement du VIH et le paradigme du traitement comme prévention ?

Enfin, un troisième axe d'étude concerne la santé publique par une analyse sociologique de l'État et du politique, par le biais de la citoyenneté, des droits et des enjeux d'appartenance. En tant que forme de savoir biomédical et en même temps domaine spécialisé de l'action publique, la santé publique doit être étudiée en tant que savoir et en tant que pouvoir, comme un domaine relevant de la science et de la politique. L'attractivité pourrait alors définir à la fois des figures contrastées d'insertion de l'Afrique au monde ainsi que des réponses étatiques singulières. Les États peuvent être amenés à redoubler d'efforts pour se mettre à disposition, capter les maigres ressources en vue de

⁴⁶⁸ Pour une évaluation critique de ces approches expérimentales dans le champ de l'économie du développement, voir Agnès Labrousse (2010).

⁴⁶⁹ Ces positions rejoignent celles d'autres anthropologues. Lors d'une présentation au cours de la première conférence internationale des sciences sociales à Durban, en 2011, Anita Hardon et Vinh-Kim Nguyen l'ont réaffirmé fortement : « We need critical ethnography in the fight against AIDS » ; « Ethnography helps us to understand what we are really doing ».

bénéficier de coopérations (formation, médecins expatriés). Les gouvernements vont-ils adopter le principe du TasP afin de pouvoir continuer à bénéficier de médicaments gratuits ou à bas prix ? La circoncision masculine qui pourrait se généraliser à travers le continent devra être étudiée dans le cours des essais et dans la mise en œuvre en tant que politique de santé publique : comment les programmes seront-ils conçus ? Qui pourra procéder à cette micro opération chirurgicale ? Des médecins « locaux », des coopérants états-uniens dans le cadre du service de santé globale⁴⁷⁰ ? Des chirurgiens israéliens⁴⁷¹ ? Il faudra procéder à une étude sociologique des soignants en Afrique au cœur de ces tensions. Suivre la formation des médecins localement et à l'étranger pour des spécialités pourra permettre de comprendre ces tensions entre quête de carrière internationale et primes pour rester dans leur pays et travailler dans le domaine des soins de santé primaire. Les enjeux de citoyenneté, de nationalité, d'appartenance continuent de modeler les politiques de santé dans les États attractifs tout comme dans ceux qui ne le sont pas car ils sont effondrés ou dérégulés et dépendront toujours plus des financements extérieurs pour la mise sous traitement de leur population. L'anthropologie et la sociologie offrent les outils pour explorer les tensions liées à l'élaboration et à la mise en œuvre des politiques de santé publique au cœur des transformations économiques et politiques globales.

⁴⁷⁰ Le programme "*global health service corps*" en cours de mise en œuvre aux Etats-Unis, sur le modèle des Peace Corps.

⁴⁷¹ Voir "Israelis train Africans to circumcise against AIDS", *Jerusalem Post*, 24 juin 2012 ou, concernant la technologie 'PrePex' inventée par des chirurgiens israéliens, voir: "AIDS Prevention Inspires Ways to Make Circumcisions Easier", *New-York Times*, 30 janvier 2012.

Bibliographie

Ouvrages et articles:

- Acemoglu, D., S. Johnson, et J. A. Robinson. 2003. « An African Success Story: Botswana ». In *In Search of Prosperity: Analytical Narratives on Economic Growth*, éd par. D. Rodrik. Princeton University Press, Princeton New Jersey.
- Albert, B. 2003. « Anthropologie et recherche biomédicale: le cas yanomami (Venezuela et Brésil) ». *Autrepart* (28): 125–146.
- Althabe, G. 1990. « Ethnologie du contemporain et enquête de terrain ». *Terrain* 1 (14): 126-131.
- Altman, D. 2003. « AIDS and Security ». *International Relations* 17 (4): 417–427.
- Amin, S. 1976. *Impérialisme et sous-développement*. Paris: Anthropos.
- Amselle, J.-L., et E. M'Bokolo. 1985. *Au coeur de l'ethnie. Ethnies, tribalisme et état en Afrique*. Paris: La Découverte.
- Anderson, B. 1996. *L'imaginaire national. Réflexions sur l'origine et l'essor du nationalisme*. Paris: La Découverte.
- Anderson, W. 1992. « "Where Every Prospect Pleases and Only Man Is Vile": Laboratory Medicine as Colonial Discourse ». *Critical Inquiry* 18 (3): 506-529.
- . 1995. « Excremental colonialism: public health and the poetics of pollution ». *Critical Inquiry* 21 (3): 640–669.
- Andersson, N., et S. Marks. 1988. « Apartheid and health in the 1980s ». *Social Science & Medicine* 27 (7): 667-681.
- . 1989. « The state, class and the allocation of health resources in Southern Africa ». *Social Science & Medicine* 28 (5): 515–530.
- Angell, M. 1997. « The ethics of clinical research in the Third World ». *New England Journal of Medicine* 337 (12): 847-849.
- Anglaret, X., et P. Msellati. 2003. « Éthique contextuelle ou éthique universelle: un faux débat? Réflexions issues de la pratique d'essais cliniques en Côte d'Ivoire ». *Autrepart* (4): 71–80.
- Arendt, H. 1972. *Les origines du totalitarisme*. Paris: Seuil.
- Arnold, D. 1996. *Warm climates and western medicine: the emergence of tropical medicine, 1500-1900*. Amsterdam - Atlanta, GA: Rodopi Bv Editions.
- Austin, J. L. 1978. *How to do things with words*. Harvard University Press.
- Bado, J.-P. 1996. *Médecine coloniale et grandes endémies en Afrique, 1900-1960. Lèpre, trypanosomiase humaine et onchocercose*. Paris: Karthala.
- Bajos, N., F. Dubois-Arber, V.-K. Nguyen, et L. Meyer. 2010. « La consécration du paradigme biomédical de la prévention? » *Transcriptases* (144).
- Bajos, N., et M. Ferrand. 2006. « L'interruption volontaire de grossesse et la recomposition de la norme procréative ». *Sociétés contemporaines* 1 (61): 91–117.
- Banégas, R. 2003. *La démocratie à pas de caméléon: transition et imaginaires politiques au Bénin*. Paris: Karthala.

- Barnett, T., et A. Whiteside. 2006. *AIDS in the 21st Century: Disease and Globalization*. Palgrave MacMillan.
- Bates, R. H. 2008. *When things fell apart: state failure in late-century Africa*. Cambridge Univ Pr.
- Bates, R. H., V. Y. Mudimbe, et J. O'Barr. 1993. *Africa and the Disciplines: The Contributions of Research in Africa to the Social Sciences and Humanities*. Chicago: Chicago University Press.
- Batsell, J., et C. Boone. 2001. « Politics and AIDS in Africa: research agendas in political science and international relations ». *Africa Today* 48 (2): 3-33.
- Bayart, J.-F. 1989. *L'Etat en Afrique: la politique du ventre*. Paris: Fayard.
- . 1999. « L'Afrique dans le monde: une histoire d'extraversion ». *Critique internationale* 5 (1): 97-120.
- Bayart, J.-F., S. Ellis, et B. Hibou. 1997. *La criminalisation de l'Etat en Afrique*. Bruxelles: Editions Complexe.
- Bayart, J.-F., P. Geschiere, et F. Nyamnjoh. 2001. « Autochtonie, démocratie et citoyenneté en Afrique ». *Critique internationale* 10 (1): 177.
- Bayer, R. 1991. « Public health policy and the AIDS epidemic ». *New England Journal of Medicine* 324 (21): 1500-1504.
- Bayer, R., et C. Edington. 2009. « HIV testing, human rights, and global AIDS policy: exceptionalism and its discontents ». *Journal of health politics, policy and law* 34 (3): 301.
- Bendix, R. 1969. *Nation-building and Citizenship: Studies of Our Changing Social Order*. New York: Anchor Books.
- Benoist, J., et A. Desclaux. 1996. *Anthropologie et sida: bilan et perspectives*. Paris: Karthala.
- Benson, J., L. A. Nicholson, L. Gaffucin, et S. N. Kinoti. 1996. « Complications of unsafe abortion in sub-Saharan Africa: a review ». *Health Policy and Planning* 11 (2): 117-131.
- Bernard, C. 1865. *Introduction à l'étude de la médecine expérimentale*. Paris: J. B. Ballière et Fils.
- Bibeau, G. 1991. « L'Afrique, terre imaginaire du sida. La subversion du discours scientifique par le jeu des fantasmes ». *Anthropologie et sociétés* 15 (2-3): 125-147.
- Biehl, J. 2004. « The activist state: global pharmaceuticals, AIDS, and citizenship in Brazil ». *Social Text* 22 (3 80): 105.
- Bingham, J. S. 1985. « Sexually transmitted diseases in Botswana. » *British Medical Journal* 61 (6): 409.
- Birch, K., et D. Tyfield. 2012. « Theorizing the Bioeconomy: Biovalue, Biocapital, Bioeconomics or... What? » *Science, Technology & Human Values*.
- Boltanski, L. 2004. *La condition foetale: une sociologie de l'engendrement et de l'avortement*. Gallimard Paris.
- Bonneuil, C. 2000. « Development as experiment: Science and state building in late colonial and postcolonial Africa, 1930-1970 ». *Osiris* 15: 258-281.
- Bourdelaïs, P. 1989. « Contagions d'hier et d'aujourd'hui ». *Sciences sociales et santé* 7 (1): 7-20.
- Bourmaud, D. 1997. *La politique en Afrique*. Paris: Montchrestien.
- Boussaguet, L., S. Jacquot, et P. Ravinet. 2004. *Dictionnaire des politiques publiques*. Paris: Presses de Sciences Po.
- Brada, B. 2011. « "Not Here": Making the Spaces and Subjects of "Global Health" in Botswana ». *Culture, medicine and psychiatry*: 1-28.
- Brown, T. M., M. Cueto, et E. Fee. 2006. « The World Health Organization and the transition from "international" to "global" public health ». *American Journal of Public Health* 96 (1): 62.
- Brubaker, R. 1992. *Citizenship and nationhood in France and Germany*. Cambridge: Cambridge Univ

Press.

- Busmann, H., W. Wester, N. Ndwapi, N. Grundmann, T. Gaolathe, J. Puvimanasinghe, A. Avalos, et al. 2008. « Five-year outcomes of initial patients treated in Botswana's National Antiretroviral Treatment Program ». *AIDS* 22 (17): 2303-2311.
- Busmann, H., W. Wester, N. Ndwapi, C. Vanderwerker, T. Gaolathe, G. Tirelo, A. Avalos, H. Moffat, et R. Marlink. 2006. « Hybrid data capture for monitoring patients on highly active antiretroviral therapy (HAART) in urban Botswana ». *Bulletin of the World Health Organization* 84 (2): 127-131.
- Buzan, B., O. Waever, et J. De Wilde. 1998. *Security: a new framework for analysis*. Lynne Rienner Publishers.
- Caldwell, J. C., et P. Caldwell. 1993. « The nature and limits of the sub-Saharan African AIDS epidemic: evidence from geographic and other patterns ». *Population and Development Review* 19 (4): 817-848.
- Caldwell, J. C., P. Caldwell, et P. Quiggin. 1989. « The social context of AIDS in sub-Saharan Africa ». *Population and development review* 15 (2): 185-234.
- Campbell, E. K. 2003. « Attitudes of Botswana Citizens toward Immigrants: Signs of Xenophobia? » *International Migration* 41 (4): 71-111.
- Carpenter, E. A. 2009. « The social practice of HIV drug therapy in Botswana, 2002-2004: Experts, bureaucrats, and health care providers ». Doctoral dissertation. University of Pennsylvania.
- Cassier, M. 2002. « Propriété industrielle et santé publique ». *Projet* (2): 47-55.
- Cassier, M., et M. Correa. 2003. « Patents, innovation and public health: Brazilian public-sector laboratories' experience in copying AIDS drugs ». In *Economics of Aids Aid and Access in Developing Countries*, éd par. J.-P. Moatti, B. Coriat, et Y. Souteyrand, 89-107. Paris: ANRS.
- . 2010. « Brevets de médicament, luttes pour l'accès et intérêt public au Brésil et en Inde ». *Innovations* (2): 109-127.
- Chabal, P., et J.-P. Daloz. 1999. *L'Afrique est partie. Du désordre comme instrument politique*. Paris: Economica.
- Chabrol, F. 2002. « Le sida en Afrique subsaharienne: perceptions d'un enjeu de sécurité internationale ». *La revue internationale et stratégique* 46: 129-136.
- . 2008. « Enquêter en milieu convoité. Les terrains surinvestis de l'anthropologie ». In *Les politiques de l'enquête*, éd par. D. Fassin et A. Bensa, 229-244. La Découverte.
- . 2010. « Intégrer la recherche au cours et au cœur de l'enquête: éléments de réflexion sur l'objet et la posture de recherche ». In *VIH/sida. Se confronter au terrain. Expériences et postures de recherche*, éd par. F. Chabrol et G. Girard. Paris: ANRS.
- Chabrol, F., et G. Girard. 2010. *VIH/sida. Se confronter au terrain. Expériences et postures de recherche*. Sciences sociales. Paris: ANRS.
- Charlton, J. 1996. « Diversifying Health Sector Finance in Botswana: The Impact of an Emergent Private Sector ». In *Challenging the Orthodoxies*, éd par. R. Auty et Toye, 142-165.
- Chilisa, B. 2001. « Assessing the impact of HIV/AIDS on the University of Botswana ». *Pula: Botswana Journal of African Studies* 15 (2): 196-203.
- . 2005. « Educational research within postcolonial Africa: A critique of HIV/AIDS research in Botswana ». *International Journal of Qualitative Studies in Education* 18 (6): 659-684.
- Chippaux, J.-P. 2005. « L'Afrique, cobaye de Big Pharma ». *Le Monde diplomatique*.
- De Cock, K. M, et A. M Johnson. 1998. « From exceptionalism to normalisation: a reappraisal of attitudes and practice around HIV testing ». *British Medical Journal* 316 (7127): 290.
- Cohen, J. 2000. « Building a World-Class Lab From Scratch ». *Science* 288 (5474): 2157.
- . 2001. *Shots in the dark: the wayward search for an AIDS vaccine*. New York: Norton & Company.

- . 2007. « AIDS Research: Did Merck's Failed HIV Vaccine Cause Harm? » *Science* 318 (5853): 1048-1049.
- Comaroff, J. 1981. « Healing and cultural transformation: the Tswana of southern Africa ». *Social Science & Medicine* 15B (3): 367-378.
- . 1993. « The Diseased Heart of Africa. Medicine, Colonialism and the Black Body ». In *Knowledge, Power, and Practice. The Anthropology of Medicine and Everyday Life*, éd par. S. Lindenbaum et M. Lock, 305-329. University of California Press.
- Comaroff, J., et J. L. Comaroff. 1991. *Of revelation and revolution. Christianity, Colonialism, and Consciousness in South Africa*. University of Chicago Press.
- . 2012. *Theory from the South, Or, How Euro-America is Evolving Toward Africa*. Paradigm Publishers.
- Cooper, F. 2002. *Africa since 1940: the past of the present*. Cambridge Univ Pr.
- Cooper, F., et A. L. Stoler. 1997. *Tensions of empire: colonial cultures in a bourgeois world*. University of California Press.
- Coquery-Vidrovitch, C. 1994. *Les Africaines. Histoire des femmes d'Afrique noire du XIXe au XXe siècle*. Paris: Editions Desjonquères.
- Couderc, M. 2011. « Analyse anthropologique d'un centre de recherche clinique sur le VIH à Dakar, Sénégal ». Université d'Aix-en-Provence: Thèse en anthropologie.
- Crane, J. T. 2010a. « Adverse events and placebo effects: African scientists, HIV, and ethics in the global health sciences' ». *Social Studies of Science* 40 (6): 843-870.
- . 2010b. « Unequal "Partners". AIDS, Academia, and the Rise of Global Health ». *Behemoth* 3 (3): 78-97.
- . 2011. « Viral cartographies: Mapping the molecular politics of global HIV ». *BioSocieties* 6 (2): 142-166.
- Creek, T., R. Ntuny, K. Seipone, M. Smith, M. Mogodi, M. Smit, K. Legwaila, I. Molokwane, G. Tebele, et P. Kilmarx. 2007. « Successful Introduction of Routine Opt-Out HIV Testing in Antenatal Care in Botswana ». *JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes* 45 (1) (mai): 102-107.
- Dachs, A. J. 1972. « Missionary Imperialism—The Case of Bechuanaland ». *The Journal of African History* 13 (04): 647-658.
- Dahl, B. 2009. « The "Failures of Culture": Christianity, Kinship, and Moral Discourses about Orphans during Botswana's AIDS Crisis ». *Africa Today* 56 (1): 23-43.
- Dahl, R.A. 1971. *Polyarchy: Participation and Opposition*. New Haven: CT: Yale University Press.
- Daniel, MD, NL Letvin, NW King, M Kannagi, PK Sehgal, RD Hunt, PJ Kanki, M Essex, et RC Desrosiers. 1985. « Isolation of T-cell tropic HTLV-III-like retrovirus from macaques ». *Science* 228 (4704) (juin 7): 1201-1204.
- Daniel, P. 1979. *Africanisation, nationalisation, and inequality: mining labour and the copperbelt in Zambian development*. Vol. 4. Cambridge Univ Pr.
- Datta, K. 1998. « Gender, Labour Markets and female Migration in and from Botswana ». In *South Africa in Southern Africa. Reconfiguring the Region*, éd par. D. Simon, 206-221. Oxford: James Currey.
- Delaunay, K., et L. Vidal. 2002. « Le sujet de l'observance. L'expérience de l'accès aux traitements antirétroviraux de l'infection à VIH en Côte d'Ivoire ». *Sciences sociales et santé* 20 (2): 5-29.
- Demange, E. 2010. « La controverse "Abstain, be faithful, use a condom". Transnationalisation de la politique de prévention du VIH/sida en Ouganda ». Bordeaux: Thèse en science politique, CEAN-IEP.
- Denis, P., et C. Becker. 2006. *L'épidémie du sida en Afrique subsaharienne: regards historiens*. Paris: Karthala.

- Desclaux, A., et M. L. Cadart. 2008. « Avoir un enfant dans le contexte de l'infection par le VIH/sida. Discours médicaux et liens sociaux ». *M/S. Médecine sciences* 24: 53–61.
- Desclaux, A., I. Lanièce, I. Ndoeye, et B. Taverne. 2002. *The Senegalese Antiretroviral Drug Access Initiative. An Economic, Social, Behavioural and Biomedical Analysis*. Sciences sociales et sida. Paris: ANRS.
- Desclaux, A., et J.-J. Levy. 2003. « Présentation: Cultures et médicaments. Ancien objet ou nouveau courant en anthropologie médicale? » *Anthropologie et Sociétés* 7 (2): 5-21.
- Desclaux, A., et A. Sarradon-Eck. 2008. « Introduction au dossier "L'éthique en anthropologie de la santé : conflits, pratiques, valeur heuristique" ». <http://ethnographiques.org> (17).
- Desgrées Du Loû, A, P. Msellati, I. Viho, et C. Welffens-Ekra. 1999. « Le recours à l'avortement provoqué à Abidjan: Une cause de la baisse de la fécondité? » *Population (French Edition)*: 427–446.
- Diamond, L. J., J. J. Linz, et S. M. Lipset. 1988. *Democracy in developing countries*. Lynne Rienner Publishers.
- Digby, A. 2006. *Diversity and division in medicine: health care in South Africa from the 1800s*. Peter Lang Pub Inc.
- van Dijk, R. 2002. « Localising anxieties: Ghanaian and Malawian immigrants, rising xenophobia, and social capital in Botswana ».
- . 2003. « Localisation, Ghanaian Pentecostalism and the stranger's beauty in Botswana ». *Africa* 73 (04): 560–583.
- Djelic, M-L. 2004. « L'arbre banian de la mondialisation. Note de recherche: McKinsey et l'ascension de l'industrie du conseil ». *Actes de la recherche en sciences sociales* (151-152): 107-113.
- Dozon, J.-P. 1985. « Quand les Pastorien traquaient la maladie du sommeil. » *Sciences Sociales et Santé* 3 (3-4): 27–56.
- . 1991. « D'un tombeau l'autre ». *Cahiers d'études africaines* 31 (121): 135-157.
- . 2007. « De l'intolérable et du tolérable dans l'épidémie de sida Un parallèle entre l'Occident et l'Afrique ». In *Les constructions de l'intolérable. Etudes d'anthropologie et d'histoire sur les frontières de l'espace moral*, éd par. D. Fassin et P. Bourdelais, 197–224. La Découverte. Paris.
- Dozon, J.-P., et D. Fassin. 1989. « Raison épidémiologique et raisons d'État. Les enjeux sociopolitiques du sida en Afrique ». *Sciences Sociales et Santé* 7 (1): 21-36.
- Druce, N., J. Kgatlwane, O. Mosime, et I. Ramiah. 2004. *Impact of Public-Private Partnerships Addressing Access to Pharmaceuticals in Low and Middle Income Countries*. Genève: Initiative on Public-Private Partnerships for Health (IPPPH).
- Duflo, E. 2005. « Évaluer l'impact des programmes d'aide au développement: le rôle des évaluations par assignation aléatoire ». *Revue d'économie du développement* 19 (2): 185–226.
- . 2010. *Le développement humain*. Paris: Seuil.
- Duncan, T., K. Jefferis, et P. P. Molutsi. 1997. « Botswana: développement social dans une économie riche en ressources ». Document non publié.
- Durham, D. 1999. « Civil Lives: Leadership and Accomplishment in Botswana ». In *Civil Society and the Political Imagination in Africa*, éd par. J. Comaroff et J. L. Comaroff, 192-218. University of Chicago Press.
- . 2004. « Disappearing youth: Youth as a social shifter in Botswana ». *American Ethnologist* 31 (4): 589–605.
- Dutfield, M. 1990. *A marriage of inconvenience: the persecution of Ruth and Seretse Khama*. Routledge.
- Eboko, F. 2002. « Pouvoirs, jeunesses et sida au Cameroun. Politique publique, dynamiques sociales

- et constructions des sujets ». Thèse en science politique, CEAN IEP, Université de Montesquieu Bordeaux IV.
- . 2004. « De l'intime au politique: le sida en Afrique, un objet en mouvement ». *Autrepart* (1): 117–133.
- . 2005a. « Sida: des initiatives locales sous le désordre mondial ». *Esprit* (317): 200–211.
- . 2005b. « Politique publique et sida en Afrique ». *Cahiers d'études africaines* (2): 351–387.
- . 2005c. « Le droit contre la morale? L'accès aux médicaments contre le sida en Afrique ». *Revue internationale des sciences sociales* 4 (186): 789–798.
- Eboko, F., et F. Chabrol. 2005. « Réappropriation du paradigme de la sécurité face au sida en Afrique: diffusions, confusions, inversions ». In *Etats, ONG et production des normes sécuritaires dans les pays du Sud*, éd par. N. Bagayoko-Penone et B. Hours, 193–219. Paris: L'Harmattan.
- Eboko, F., M. E. Owona Nguini, et M. Enguéléguélé. 2009. « Cameroun, Burkina Faso, Botswana, une approche comparée de l'action publique contre le sida en Afrique ». *Télescope printemps-été*: 52–67.
- Edge, W. A. 1998. « Botswana: A developmental state ». In *Botswana: Politics and Society*, éd par. W. A. Edge et M. H. Lekorwe, 333–348. Pretoria: JL van Schaik Publishers.
- Elbe, S. 2002. « HIV/AIDS and the Changing Landscape of War in Africa ». *International Security* 27 (2): 159–177.
- . 2005. « AIDS, security, biopolitics ». *International Relations* 19 (4): 403–419.
- . 2006. « Should HIV/AIDS be securitized? The ethical dilemmas of linking HIV/AIDS and security ». *International Studies Quarterly* 50 (1): 119–144.
- Englebert, P. 2002. *State legitimacy and Development in Africa*. Lynne Rienner Pub.
- Epstein, S. 1996. *Impure science: AIDS, activism, and the politics of knowledge*. University of California Press.
- . 2007. *Inclusion: The politics of difference in medical research*. Chicago: University of Chicago Press.
- Fainzang, S. 2001. *Médicaments et société. Le patient, le médecin et l'ordonnance*. Paris: PUF.
- Fako, T. T., N. Forchheh, et E. Ncube. 2004. « Prospects of safe motherhood in Botswana: midwifery training and nurses' ability to complete the Botswana obstetric record ». *Social Science & Medicine* 58 (6): 1109–1120.
- Farmer, P. 2001. *Infections and Inequality: The Modern Plagues*. University of California Press.
- . 2006. *AIDS and Accusation: Haiti and the Geography of Blame*. 2ème éd. 33. University of California Press.
- Fassin, D. 1994. « Le domaine privé de la santé publique: pouvoir, politique et sida au Congo ». *Annales. Histoire, Sciences Sociales* 49: 745–775.
- . 1996. *L'espace politique de la santé*. Paris: Presses universitaires de France.
- . 1999a. « L'anthropologie entre engagement et distanciation ». In *Vivre et penser le sida en Afrique*, éd par. C. Becker, J.-P. Dozon, C. Obbo, et M. Touré, 41–66. Paris: Karthala.
- . 1999b. « L'indicible et l'impensé: la «question immigrée» dans les politiques du sida ». *Sciences sociales et santé* 17 (4): 5–36.
- . 2000a. « Une crise épidémiologique dans les sociétés de post-apartheid: le sida en Afrique du Sud et en Namibie ». *Afrique contemporaine*: 105–115.
- . 2000b. *Les enjeux politiques de la santé. Etudes sénégalaises, équatoriennes, françaises*. Paris: Karthala.
- . 2001. « Quand le corps fait loi. La raison humanitaire dans les procédures de régularisation des étrangers ». *Sciences sociales et santé* 19 (4): 5–34.

- . 2002. « Le sida comme cause politique ». *Temps modernes* (620): 312–331.
- . 2003a. « Anatomie politique d'une controverse ». *Critique internationale* 20 (3): 93.
- . 2003b. « The embodiment of inequality ». *EMBO reports* 4: S4–S9.
- . 2004a. « Le corps exposé. Essai d'économie morale de l'illégitimité ». In *Le gouvernement des corps*, éd par. D. Fassin et D. Memmi, 237-266. Éditions de l'EHESS.
- . 2005. *Faire de la santé publique*. Editions de l'Ecole nationale de la santé publique.
- . 2006a. *Quand les corps se souviennent. Expériences et politiques du sida en Afrique du Sud*. Paris: La Découverte.
- . 2006b. « La biopolitique n'est pas une politique de la vie ». *Sociologie et sociétés* 38 (2): 32–47.
- . 2007. « Entre désir de nation et théorie du complot. Les idéologies du médicament en Afrique du Sud ». *Sciences sociales et santé*: 93-114.
- . 2008a. « L'éthique, au-delà de la règle. Réflexions autour d'une enquête ethnographique sur les pratiques de soins en Afrique du Sud ». *Sociétés contemporaines* 71: 117–136.
- . 2008b. « The elementary forms of care: An empirical approach to ethics in a South African Hospital ». *Social Science & Medicine* 67 (2): 262–270.
- . 2008c. « Répondre de sa recherche. L'anthropologue face à ses "autres". » In *Politiques de l'enquête. Epreuves ethnographiques*, éd par. D. Fassin et A. Bensa, 299–320. La Découverte.
- . 2010. *La raison humanitaire. Une histoire morale du temps présent*. Hautes Etudes. Paris: Gallimard Seuil.
- Fassin, D., et A. Bensa. 2008. *Les politiques de l'enquête: épreuves ethnographiques*. La Découverte.
- Fassin, D., et M.-C. Granjon. 2005. « Biopouvoir ou biolégitimité? Splendeurs et misères de la santé publique ». In *Penser avec Michel Foucault: Théorie critique et pratiques politiques.*, 161-181. Paris: Karthala.
- Fassin, D., et B. Hauray. 2010. *Santé publique. L'état des savoirs*. Paris: La Découverte.
- Fassin, D., et M. Pandolfi. 2009. *Contemporary States of Emergency: The Politics of Military and Humanitarian Interventions*. Cambridge, MA: MIT Press.
- Fassin, D., et H. Schneider. 2003. « The politics of AIDS in South Africa: beyond the controversies ». *BMJ* 326 (7387): 495.
- Fassin, D., éd. 2004b. *Afflictions: l'Afrique du sud, de l'apartheid au sida*. Paris: Karthala.
- Feierman, S. 1985. « Struggles for control: the social roots of health and healing in modern Africa ». *African Studies Review* 28 (2-3): 73–147.
- Feierman, S., et J. M Janzen. 1992. *The social basis of health and healing in Africa*. Univ of California Pr.
- Ferguson, J. 1999. *Expectations of modernity: myths and meanings of urban life on the Zambian Copperbelt*. University of California Press.
- . 2006. *Global shadows: Africa in the neoliberal world order*. Duke Univ Press.
- Ferry, B. 2007. *L'Afrique face à ses défis démographiques: un avenir incertain*. Paris: Karthala.
- Fortes, M., et E.E. Evans-Pritchard. 1955. *African political systems*. Published for the International African Institute by the Oxford University Press.
- Foucault, M. 1997. *Il faut défendre la société. Cours au collège de France, 1975-1976*. Paris: Gallimard.
- . 2004. *Sécurité, territoire, population. Cours au collège de France, 1977-1978*. Hautes Études. Paris: Gallimard Seuil.
- Friboulet, J.J. 2010. « La construction de l'attractivité: une analyse en termes de capacité ». *Mondes en*

- développement (1): 11–26.
- Fritz, G. 2001. « La Constitution du Botswana: une perspective comparatiste ». In *Le Botswana contemporain*, éd par. D. Compagnon et B. Mokopakgosi, 65-82. Paris: Karthala.
- Fritz, V., et A. R Menocal. 2011. « (Re)construire les Etats développeurs ». GRET.
- Furman, J. L., et M. J. MacGarvie. 2007. « Academic science and the birth of industrial research laboratories in the U.S. pharmaceutical industry ». *Journal of Economic Behavior & Organization* 63 (4) (août): 756-776.
- Garrett, L. 1994. *The coming plague: newly emerging diseases in a world out of balance*. Macmillan.
- Gazibo, M., et C. Thiriot. 2009. *Le politique en Afrique: état des débats et pistes de recherche*. Paris: Karthala.
- Van der Geest, S., et K. Finkler. 2004. « Hospital ethnography: introduction ». *Social Science & Medicine* 59 (10): 1995-2001.
- Van der Geest, S., S.R. Whyte, et A. Hardon. 1996. « The anthropology of pharmaceuticals: a biographical approach ». *Annual review of anthropology*: 153–178.
- Geissler, P. W. 2005. « “Kachinja are coming!”: Encounters around medical research work in a kenyan village ». *Africa: Journal of the International African Institute* 75 (2): 173–202.
- . 2011. « Transport to Where? Reflections on the problem of value and time à propos an awkward practice in medical research ». *Journal of Cultural Economy* 4 (1): 45–64.
- Geissler, P. W., A. Kelly, B. Imoukhuede, et R. Pool. 2008. « “He is now like a brother, I can even give him some blood”. Relational ethics and material exchanges in a malaria vaccine trial community in The Gambia ». *Social Science & Medicine* 67 (5): 696–707.
- Geissler, P. W., et R. Pool. 2006. « Editorial: Popular concerns about medical research projects in sub-Saharan Africa—a critical voice in debates about medical research ethics ». *Tropical Medicine & International Health* 11 (7): 975–982.
- Gerrets, R. 2010. « Globalizing international health | The cultural politics of ‘partnership’ in Tanzanian malaria control ». New York University.
- Gilbert, H. 2009. « Spinning blood into gold: Science, sex work and HIV-2 in Senegal ». Montreal: McGill University.
- Ginsburg, F. D, et R. Rapp. 1995. *Conceiving the new world order: The global politics of reproduction*. Univ of California Pr.
- Ginsburg, F., et R. Rapp. 1991. « The politics of reproduction ». *Annual Review of Anthropology* 20: 311–343.
- Glynn, J. R., A. Buvé, M. Caraël, M. Kahindo, I. B. Macauley, R. Musonda, E. Jungmann, F. Tembo, et L. Zekeng. 2000. « Decreased Fertility Amon HIV-1 Infected Women Attending Antenatal Clinics in Three African Cities ». *JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes* 25 (4): 289-373.
- Good, K. 1992. « Interpreting the exceptionality of Botswana ». *Journal of Modern African Studies*: 69-95.
- . 1996. « Authoritarian liberalism: a defining characteristic of Botswana ». *Journal of Contemporary African Studies* 14 (1): 29–51.
- . 2002. « Rethinking corruption and non-accountability in Botswana ». *Africa Insight* 32 (3): 11–18.
- . 2008. *Diamonds, dispossession and democracy in Botswana*. Jacana Media.
- Good, K., et I. Taylor. 2005. « Unpacking the ‘model’: presidential succession in Botswana ». *Leadership Change and Former Presidents in African Politics*: 51.
- . 2008. « Botswana: A Minimalist Democracy ». *Democratization* 15 (4) (août): 750-765.

- Gray, R.H., M.J. Wawer, D. Serwadda, N. Sewankambo, C. Li, F. Wabwire-Mangen, L. Paxton, et al. 1998. « Population-based study of fertility in women with HIV-1 infection in Uganda ». *The lancet* 351 (9096): 98–103.
- Greener, R., K. Jefferis, et H. Siphambe. 2000a. « The impact of HIV/AIDS on poverty and inequality in Botswana ». *South African Journal of Economics* 68 (5): 393–404.
- . 2000b. *Macroeconomic impacts of HIV/AIDS in Botswana. Final Report*. BIDPA.
- Grmek, M. D. 1989. *Histoire du sida: début et origine d'une pandémie actuelle*. Payot.
- Gruénais, M.-E. 1995. « Incertitudes ethnographiques. A propos d'une recherche sur le sida ». *Journal des anthropologues* (60): 25-32.
- Gruénais, M.-E., K. Delaunay, F. Eboko, et E. Gauvry. 1999. « Le sida en Afrique, un objet politique? » *Bulletin de l'APAD*.
- Guilhot, N. 2004. « Une vocation philanthropique. George Soros, les sciences sociales et la régulation du marché mondial ». *Actes de la recherche en sciences sociales* (151-152): 36-48.
- Guillaume, A., et W. Molmy. 2004. « L'avortement en Afrique: une revue de la littérature des années 1990 à nos jours ». Ceped. <http://www.ceped.org/avortement/switch.html>.
- Hardiman, David, éd. 2006. *Healing Bodies, Saving Souls. Medical Missions in Asia and Africa*. Amsterdam - New York: Radopi B. V.
- Harries, A. D., D. S. Nyangulu, N. J. Hargreaves, O. Kaluwa, et F. M. Salaniponi. 2001. « Preventing antiretroviral anarchy in sub-Saharan Africa ». *The Lancet* 358 (9279): 410–414.
- Helle-Valle, J. 2002. « Seen from below: Conceptions of politics and the state in a Botswana village ». *Africa* 72 (2): 179–202.
- Hobsbawm, E., et T. Ranger. 1983. eds. *The invention of tradition*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Hogh, B., et E. Petersen. 1984. « The basic health care system in Botswana: A study of the distribution and cost in the period 1973-1979 ». *Social Science & Medicine* 19 (8): 783–792.
- Hokkanen, Markku. 2007. *Medicine and Scottish missionaries in the Northern Malawi region, 1875-1930: quests for health in a colonial society*. 1 vol. Lewiston (N. Y.): The Edwin Mellen Press.
- Holm, J. D. 1988. « Botswana: A paternalistic democracy ». In *Democracy in Developing Countries*, 2:179-215.
- Hunt, N. R. 1988. « “Le Bebe en Brousse”: European Women, African Birth Spacing and Colonial Intervention in Breast Feeding in the Belgian Congo ». *The International Journal of African Historical Studies* 21 (3): 401–432.
- . 2007. « Between Fiction and History. Modes of Writing Abortion in Africa ». *Cahiers d'études africaines* (186).
- Hunt, N.R. 1999. *A colonial lexicon of birth ritual, medicalization, and mobility in the Congo*. Duke University Press Books.
- Illiffe, J. 1987. *The African poor: a history*. African studies series 58. Cambridge: Cambridge university press.
- . 1998. *East African doctors: a history of the modern profession*. African studies series 95. Cambridge (GB): Cambridge university press.
- . 2006. *The African AIDS epidemic. A history*. Athens, OH: Ohio University Press.
- Ingstad, B. 1990. « The cultural construction of AIDS and its consequences for prevention in Botswana ». *Medical Anthropology Quarterly* 4 (1): 28–40.
- . 2004. « The value of grandchildren: changing relations between generations in Botswana ». *Africa: Journal of the International African Institute* 74 (1): 62–75.
- Institute of Medicine. 1997. *America's Vital Interest in Global Health: Protecting Our People*,

- Enhancing Our Economy, and Advancing Our International Interests*. Washington, D.C.
- Isambert, F.A. 1982. « Une sociologie de l'avortement est-elle possible? » *Revue française de sociologie*: 359–381.
- Jaffré, Y. 2003. « L'espace moral des soignants ». In *Une médecine inhospitalière. Les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest*, éd par. Y. Jaffré et J.-P. Olivier de Sardan. Paris: Karthala.
- Jaffré, Y., et J.-P. Olivier de Sardan. 2003. *Une médecine inhospitalière: les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest*. Karthala.
- Janes, C., et K. Corbett. 2010. « Anthropology and global health ». *A Reader in Medical Anthropology: Theoretical Trajectories, Emergent Realities*: 405–421.
- Jenkins, G. L., et M. Inhorn. 2003. « Reproduction gone awry: medical anthropological perspectives ». *Social Science & Medicine* 56 (9) (mai): 1831-1836.
- Jewkes, R. K., N. Abrahams, et Z. Mvo. 1998. « Why do nurses abuse patients? Reflections from South African obstetric services ». *Social Science & Medicine* 47 (11): 1781-1795.
- Jewkes, R. K., T. Gumede, M.S. Westaway, K. Dickson, H. Brown, et H. Rees. 2005. « Why are women still aborting outside designated facilities in metropolitan South Africa? » *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology* 112 (9): 1236–1242.
- Johnson, R. 2010. « Colonial Mission and Imperial Tropical Medicine: Livingstone College, London, 1893–1914 ». *Social History of Medicine* 23 (3): 549.
- Kalofonos, I.A. 2008. « *All I eat is ARVs* »: *Living with HIV/AIDS at the dawn of the treatment era in central Mozambique*. ProQuest.
- Kanki, P. J., et R. Marlink. 2009. *A line drawn in the sand: responses to the AIDS treatment crisis in Africa*. Harvard Center for Population and Development Studies. Boston: Harvard University Press.
- Kanki, P. J., K. U. Travers, R. G. Marlink, M. E. Essex, S. MBoup, A. Gueye-Ndiaye, T. Siby, et al. 1994. « Slower heterosexual spread of HIV-2 than HIV-1 ». *The Lancet* 343 (8903): 943–946.
- Kebaabetswe, P., S. Lockman, S. Mogwe, R. Mandevu, I. Thior, M. Essex, et R. L. Shapiro. 2003. « Male circumcision: An acceptable strategy for HIV prevention in Botswana » 79: 214-219.
- Kelly, A., et P. W. Geissler. 2011. « The value of transnational medical research. Introduction ». *Journal of Cultural Economy* 4 (1): 3-10.
- Kerouedan, D. 2010. « Enjeux politiques de l'évaluation du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme ». *Médecine Tropicale* 70: 19–27.
- Kerouedan, D., et F. Eboko. 1999. *Politiques publiques du sida en Afrique*. Centre d'étude d'Afrique noire: Institut d'études politiques de Bordeaux, Université Montesquieu-Bordeaux IV Centre national de la recherche scientifique.
- King, N. B. 2002. « Security, disease, commerce ». *Social Studies of Science* 32 (5-6): 763.
- Klairs, F. 2009. « Faith and the Intersubjectivity of Care in Botswana ». *Africa Today* 56 (1): 3–20.
- Krikorian, G., et A. Kapczynski. 2010. *Access to Knowledge in the Age of Intellectual Property*. Zed Books.
- L'Estoile, B., F. Neiburg, et L. Sigaud. 2000. « Savoirs anthropologiques, administration des populations et construction de l'État ». *Revue de Synthèse* 121 (3-4) (juillet): 233-264.
- Labrousse, Agnès. 2010. « Nouvelle économie du développement et essais cliniques randomisés : une mise en perspective d'un outil de preuve et de gouvernement ». *Revue de la régulation* (juin 3). <http://regulation.revues.org/index7818.html>.
- Lachenal, G. 2005. « Les réseaux post-coloniaux de l'iniquité. Pratiques et mises en scène de la science biomédicale au Cameroun, 1959-2002 ». *Outre-mers* 93 (346-47): 123–149.
- . 2006. « Scramble for Cameroun. Virus atypiques et convoitises scientifiques au Cameroun,

- 1985-2000 ». In *L'épidémie du sida en Afrique subsaharienne: regards historiens*, éd par. P. Denis et C. Becker.
- . 2010. « Le médecin qui voulut être roi ». *Annales. Histoire, Sciences Sociales* 65: 121-156.
- Lachenal, G., et B. Taithe. 2009. « Une généalogie missionnaire et coloniale de l'humanitaire: le cas Aujoulat au Cameroun, 1935-1973 ». *Le Mouvement Social* (2): 45-63.
- Lakoff, A., et S. J. Collier. 2008. *Biosecurity interventions: global health & security in question*. Columbia Univ Pr.
- Landau, P. S. 1995. *The realm of the word: language, gender and christianity in au Southern African kingdom*. Social history of Africa. Portsmouth (N.H.): Heinemann.
- . 1996. « Explaining Surgical Evangelism in Colonial Southern Africa: Teeth, Pain and Faith ». *The Journal of African History* 37 (02): 261-281.
- Laurent, C., C. Kouanfack, S. Koulla-Shiro, N. Nkoué, A. Bourgeois, A. Calmy, B. Lactuock, et al. 2004. « Effectiveness and safety of a generic fixed-dose combination of nevirapine, stavudine, and lamivudine in HIV-1-infected adults in Cameroon: open-label multicentre trial ». *The Lancet* 364 (9428): 29-34.
- Lederman, R. 2006. « The Ethical Is Political ». *American Ethnologist* 33 (4): 545-548.
- Leftwich, A. 2000. *States of development: On the primacy of politics in development*. Polity Pr.
- Leibowitch, J. 1984. *Un virus étrange venu d'ailleurs*. Paris: Grasset.
- Letamo, G., et K. Bainame. 1997. « The socio-economic and cultural context of the spread of HIV on Botswana ». *Health Transition Review* 7 (3): 97-101.
- Livingston, J. 2003. « Pregnant Children and Half-Dead Adults ». *Bulletin of the History of Medicine* 77: 133-162.
- . 2005. *Debility and the moral imagination in Botswana*. Indiana Univ Pr.
- . 2007. « Productive Misunderstandings and the Dynamism of Plural Medicine in Mid-century Bechuanaland ». *Journal of Southern African Studies* 33 (4): 801-810.
- . 2009. « Suicide, Risk, and Investment in the Heart of the African Miracle ». *Cultural Anthropology* 24 (4): 652-680.
- Lock, M., et V.-K. Nguyen. 2010. *An Anthropology of Biomedicine*. Wiley-Blackwell.
- Lockman, S., R. Shapiro, L. Smeaton, C. Wester, I. Thior, L. Stevens, F. Chand, et al. 2007. « Response to antiretroviral therapy after a single, peripartum dose of nevirapine ». *The New England Journal of Medicine* 356 (2) (janvier 11): 135-147.
- Löwy, I. 1996. *Between bench and bedside: science, healing, and interleukin-2 in a cancer ward*. Harvard Univ Pr.
- Lurie, P., et S. M. Wolfe. 1997. « Unethical trials of interventions to reduce perinatal transmission of the human immunodeficiency virus in developing countries ». *New England Journal of Medicine* 337 (12): 853.
- M'Bokolo, E. 1980. *L'Afrique au XXe siècle: le continent convoité*. Études vivantes.
- Mabey, D., K. M. De Cock, et S. B. Lucas. 1996. « Tropical medicine in and out of the tropics. » *Lancet* 347 (9008): 1112.
- Macdonald, D. S. 1996. « Notes on the socio-economic and cultural factors influencing the transmission of HIV in Botswana ». *Social Science & Medicine* 42 (9): 1325-1333.
- Macfarlane, S., M. Jacobs, et E. Kaaya. 2008. « In the Name of Global Health: Trends in Academic Institutions ». *Journal of Public Health Policy* 29 (4) (décembre 1): 383-401.
- Maipose, G., et G. Somolekae. 1998. « Aid management in Botswana: Experience and lessons ». In *Botswana: Politics and society*, éd par. W. A. Edge et M. H. Lekorwe, 440-460. Pretoria: JL van Schaik Publishers.

- Manby, B. 2010. *Citizenship Law in Africa*. Open Society Institute.
- Marks, H. 1997. *The progress of experiment: science and therapeutic reform in the United States, 1900-1990*. Cambridge Univ Pr.
- . 2000. *La médecine des preuves. Histoire et anthropologie des essais cliniques (1900-1990)*. Paris: Les empêcheurs de penser en rond.
- Marlink, R., P. Kanki, I. Thior, K. Travers, G. Eisen, T. Siby, I. Traore, et al. 1994. « Reduced rate of disease development after HIV-2 infection as compared to HIV-1 ». *Science* 265 (5178): 1587–1590.
- Marshall, T.H. 1950. « Citizenship and social class ». *The citizenship debates: a reader*: 93–112.
- . 1964. *Class, citizenship and social development*. New York.
- Martin, E. 1990. « Toward an anthropology of immunology: The body as nation state ». *Medical Anthropology Quarterly* 4 (4): 410–426.
- Mattes, D. 2011. « 'We Are Just Supposed to Be Quiet: The Production of Adherence to Antiretroviral Treatment in Urban Tanzania ». *Medical Anthropology* 30 (2): 158–182.
- May, C. 2007. « The Clinical Encounter and the Problem of Context ». *Sociology* 41 (1) (février 1): 29–45.
- Mayrargue, C. 2004. « Trajectoires et enjeux contemporains du pentecôtisme en Afrique de l'Ouest ». *Critique internationale* (1): 95–109.
- Mbembe, A. 2001. *De la postcolonie: essai sur l'imagination politique dans l'Afrique contemporaine*. Paris: Karthala.
- Mbodj, F. L. 2009. « Enjeux politiques et moraux au temps des antirétroviraux: une sociologie du sida au Sénégal ». Paris: Thèse de sociologie. EHESS.
- McInnes, C. 2006. « HIV/AIDS and security ». *International Affairs* 82 (2): 315–326.
- Mead, L. M. 1986. *Beyond entitlement. The social obligation of citizenship*. New York: Free Press.
- Médard, J.-F. 1991. « L'État néo-patrimonial en Afrique noire ». *États d'Afrique noire. Formations, mécanismes et crise*: 323–353.
- . 1999. « Consolidation démocratique et changement des élites au Botswana. Du parti dominant au bipartisme ». In *Le (non-) renouvellement des élites en Afrique subsaharienne*, 187–215. Bordeaux: CEAN-IEP.
- . 2000. « L'État et le politique en Afrique ». *Revue française de science politique* 50 (4-5): 849–854.
- Meekers, D., et G. Ahmed. 1999. « Pregnancy-related school dropouts in Botswana ». *Population Studies* 53 (2): 195–209.
- Memmi, D. 2003. *Faire vivre et laisser mourir*. Paris: La Découverte.
- Merriweather, A. M. 1976. « Hospital in the desert. The Scottish Livingstone Hospital, Molepolole, Botswana. » Botswana Book Centre.
- . 1999. *Desert Doctor Remembers. The autobiography of Alfred Merriweather*. Gaborone: Pula Press.
- Moatti, J.-P., B. Coriat, Y. Souteyrand, T. Barnett, J. Dumoulin, et Y.A. Flori. 2003. *Economics of AIDS and access to HIV*. Sciences sociales et sida. ANRS.
- Mogalakwe, M. 2003. « Botswana: An African miracle or a case of mistaken identity? » *Pula: Botswana Journal of African Studies* 17 (1).
- Mogwe, A. 1992. « Botswana: abortion "debate" dynamics ». *Agenda (Durban, South Africa)* (12): 41–43.
- Mohr, J., S. Sengupta, et S. Slater. 2009. *Marketing of High-Technology Products and Innovations*. Jakki Mohr.

- Molefi, R. K. K. 1996. *A Medical History of Botswana, 1885-1966*. Gaborone: The Botswana Society.
- Molutsi, P. P., et J. D. Holm. 1990. « Developing democracy when civil society is weak: the case of Botswana ». *African Affairs* 89 (356): 323-340.
- Moseki, O. 2007. « Women living with HIV/AIDS and their human reproductive rights ». *Botswana Review of Ethics, Law and HIV/AIDS* 1 (1): 2-10.
- Muller, P. 2000. « L'analyse cognitive des politiques publiques: vers une sociologie politique de l'action publique ». *Revue française de science politique* 50 (2): 189-208.
- . 2005. « Esquisse d'une théorie du changement dans l'action publique ». *Revue française de science politique* 55 (1): 155-187.
- Murray, J. F., A. M. Merriweather, et M. L. Freedman. 1956. « Endemic syphilis in the Bakwena Reserve of the Bechuanaland protectorate: a report on mass examination and treatment ». *Bulletin of the World Health Organization* 15 (6): 975.
- Musinghe, A. C. S. M. 1984. « A History of disease and medicine in Botswana, 1820-1945. » Cambridge University.
- Ndoye, I., B. Taverne, A. Desclaux, I. Lanière, M. Egrot, E. Delaporte, P. S. Sow, S. MBoup, O. Sylla, et M. Cissé. 2004. « The Senegalese Antiretroviral Access Initiative: an introduction ». In *The Senegalese Antiretroviral Drug Access Initiative. An Economic, Social, Behavioural and Biomedical Analysis*, éd par. A. Desclaux, I. Lanière, I NDoye, et B. Taverne, 3.
- Nguyen, V.-K. 2005. « Antiretroviral globalism, biopolitics, and the therapeutic citizenship ». In *Global Assemblages: Technology, Politics, and Ethics as Anthropological Problems*, éd par. A. Ong et S. J Collier, 124-144.
- . 2009. « Government-by-exception: Enrolment and experimentality in mass HIV treatment programmes in Africa ». *Social Theory & Health* 7 (3): 196-217.
- . 2010. *The Republic of Therapy: Triage and Sovereignty in West Africa's Time of AIDS*. Duke University Press.
- Nguyen, V.-K., C. Y Ako, P. Niamba, A. Sylla, et I. Tiendrébéogo. 2007. « Adherence as therapeutic citizenship: impact of the history of access to antiretroviral drugs on adherence to treatment ». *AIDS* 21 (Suppl 5): S31-5.
- Nguyen, V.-K., N. Bajos, F. Dubois-Arber, J. O'Malley, et C. Pirkle. 2011. « Remedicalizing an epidemic: from HIV treatment as prevention to HIV treatment is prevention ». *AIDS* 25 (3) (janvier 28): 291-293.
- Nkoa, F, F. Eboko, et J.P. Moatti. 2010. « Coopération internationale et financements de la lutte contre le sida en Afrique: le cas du Cameroun ». In *Acces décentralisé au traitement du VIH/Sida: évaluation de l'expérience Camerounaise*, éd par. F. Eboko, C. Abé, et C. Laurent, 13-27. Sciences sociales et sida. Paris: ANRS.
- Noiriel, G. 2006. *Introduction à la socio-histoire*. Repères. Paris: La Découverte.
- Nyamnjoh, F. B. 2005. « Madams and Maids in Southern Africa: coping with uncertainties, and the art of mutual zombification ». *Africa Spectrum*: 181-196.
- . 2006. *Insiders and outsiders: citizenship and xenophobia in contemporary Southern Africa*. Zed Books.
- Olivier de Sardan, J.-P. 2008. *La rigueur du qualitatif. Les contraintes empiriques de l'interprétation socio-anthropologique*. Academia-Bruylant.
- Ostergard, R. 2002. « Politics in the Hot Zone: AIDS and the Threat to Africa's Security ». *Third World Quarterly* 23 (2): 333-350.
- Ouvrier, A. 2011. « Anthropologie de la recherche médicale en milieu rural sénégalais ». Université d'Aix-Marseille: Thèse en anthropologie.
- Packard, R. 1989. *White plague, Black labor: Tuberculosis and the political economy of health and disease in South Africa*. University of California Press.

- . 2007. *The making of a tropical disease: a short history of malaria*. Johns Hopkins University Press.
- Packard, R., et P. Epstein. 1991. « Epidemiologists, social scientists, and the structure of medical research on aids in Africa ». *Social Science & Medicine* 33 (7): 771-783.
- Palier, B., et Y. Surel. 2005. « Les «trois I» et l'analyse de l'État en action ». *Revue française de science politique* 55 (1): 7-32.
- Panosian, C., et T. J. Coates. 2006. « The New Medical "Missionaries"—Grooming the Next Generation of Global Health Workers ». *New England Journal of Medicine* 354 (17).
- Parson, J. 1984. *Botswana: liberal democracy and the labor reserve in southern Africa*. Westview Press Boulder.
- Patterson, K. D. 1981. *Health in colonial Ghana: disease, medicine, and socio-economic change, 1900-1955*. Crossroads Press.
- Peters, P. E. 1994. *Dividing the commons: Politics, policy, and culture in Botswana*. University of Virginia Press.
- Petryna, A. 2002. *Life exposed: biological citizens after Chernobyl*. Princeton University Press.
- . 2005a. « Ethical variability: Drug development and globalizing clinical trials ». *American Ethnologist* 32 (2): 183-197.
- . 2005b. « Drug development and the ethics of the globalized clinical trial ». *Occasional Papers, School of Social Science, Institute for Advanced Study* 22: 1-21.
- . 2009. *When experiments travel: clinical trials and the global search for human subjects*. Princeton Univ Pr.
- Petryna, A., A. Lakoff, et A. Kleinman. 2006. *Global Pharmaceuticals: ethics, markets, practices*. Duke University Press.
- Petti, C. A., C. R. Polage, T. C. Quinn, A. R. Ronald, et M. A. Sande. 2005. « Laboratory medicine in Africa: a barrier to effective health care ». *Clinical Infectious Diseases* 42 (3): 377-382.
- Plank, R. M., J. Makhema, P. Kebaabetswe, F. Hussein, C. Lesetedi, D. Halperin, B. Bassil, R. Shapiro, et S. Lockman. 2009. « Acceptability of Infant male circumcision as part of HIV prevention and male reproductive health efforts in Gaborone, Botswana, and surrounding areas ». *AIDS and Behavior*: 1-5.
- Poku, N., et A. Whiteside. 2004. *The political economy of AIDS in Africa*. Ashgate Pub Ltd.
- Poleykett, B. 2012. « The Colonial Futures of African Science ». In *Changing States of Science (à paraître)*, éd par. P. W. Geissler.
- Preece, J., et D. Mosweunyane. 2004. *Perceptions of citizenship responsibility amongst Botswana youth*. Lightbooks.
- Preis, A. B.S. 1996. « Human rights as cultural practice: An anthropological critique ». *Human Rights Quarterly* 18 (2): 286-315.
- Rabinow, P. 1992a. « Artificiality and enlightenment: from sociobiology to biosociality ». *Anthropologies of Modernity*: 179-193.
- . 1992b. « France in Morocco: Technocosmopolitanism and middling modernism ». *Assemblage* (17): 53-57.
- Rakelmann, G. A. 2001. « "We Sat There Half the Day Asking Questions, but They Were Unable to Tell Where AIDS Comes from". Local Interpretations of AIDS in Botswana ». *Africa Spectrum*: 35-52.
- Ramiah, I., et M. R. Reich. 2006. « Building effective public-private partnerships: Experiences and lessons from the African Comprehensive HIV/AIDS Partnerships (ACHAP) ». *Social Science & Medicine* 63 (2): 397-408.
- Ramsay, J. 1998. « The establishment and consolidation of the Bechuanaland Protectorate, 1870-

- 1910 ». In *Botswana, politics and society*, éd par. W. Edge et M. H. Lekorwe, 62-98. JL van Schaik Academic. Pretoria.
- Robins, S. 2004. « “Long live Zackie, long live”: AIDS activism, science and citizenship after apartheid ». *Journal of Southern African Studies*: 651–672.
- Rose, N., et C. Novas. 2005. « Biological citizenship ». Éd par. A. Ong et Collier. *Global Assemblages*: 439–463.
- Rosengarten, M., J. Imrie, P. Flowers, M. D Davis, et G. Hart. 2004. « After the euphoria: HIV medical technologies from the perspective of their prescribers ». *Sociology of Health and Illness* 26 (5): 575–596.
- Rossier, C. 2007. « Abortion: an open secret? Abortion and social network involvement in Burkina Faso ». *Reproductive Health Matters* 15 (30) (novembre): 230-238.
- Rostow, W.W. 1995. « The stages of economic growth ». SK Sanderson, *Sociological Worlds, Comparative and Historical Readings on Society*: 130–134.
- Rottenburg, R. 2009. « Social and public experiments and new figurations of science and politics in postcolonial Africa ». *Postcolonial Studies* 12 (4): 423–440.
- Samatar, A. I. 1999. *An African miracle: State and class leadership and colonial legacy in Botswana development*. Heinemann Portsmouth, NH.
- Samatar, A. I., et S. Oldfield. 1995. « Class and Effective State Institutions: The Botswana Meat Commission ». *The Journal of Modern African Studies* 33 (04): 651-668.
- Schapera, I. 1933. « Premarital Pregnancy and Native Opinion. A Note on Social Change ». *Africa: Journal of the International African Institute* 6 (1): 59–89.
- . 1970. *Tribal Innovators: Tswana chiefs and social change, 1795-1940*. Londres: Athlone Publisher.
- . 1984. *Migrant labour and tribal life*. AMS Press.
- . 1994. *A handbook of Tswana Law and Custom. Compiles for the Bechuanaland Protectorate Administration*. Lit Verlag.
- Scott, J. C. 1998. *Seeing like a state: How certain schemes to improve the human condition have failed*. Yale Univ Pr.
- Scott, J. W. 1998. *La citoyenne paradoxale: les féministes françaises et les droits de l’homme*. Paris: Albin Michel.
- Sedgh, G., S. Singh, I. H. Shah, E. Åhman, S. K. Henshaw, et A. Bankole. 2012. « Induced abortion: incidence and trends worldwide from 1995 to 2008 ». *The Lancet* 379 (9816): 625-632.
- Seidel, G. 1993. « The competing discourses of HIV/AIDS in Sub-Saharan Africa: discourses of rights and empowerment vs discourses of control and exclusion ». *Social Science & Medicine* 36 (3): 175–194.
- Setbon, M. 1992. « Sida et dépistage à l’hôpital entre désordre et régulation ». *Revue française de sociologie*: 189–211.
- Setbon, Michel. 2000. « La normalisation paradoxale du sida ». *Revue française de sociologie* 41 (1): 61-78.
- Seytre, B. 1995. *Histoire de la recherche sur le sida*. Que Sais-Je? Paris: Presses Universitaires de France.
- Sibeud, E. 2002. *Une science impériale pour l’Afrique? La construction des savoirs africanistes en France 1878-1930*. Recherches d’histoire et de sciences sociales. Paris: Éditions de l’EHESS.
- Sindzingre, A. 2007. « Financing the developmental state: tax and revenue issues ». *Development policy review* 25 (5): 615–632.
- Von Soest, C. 2009. « Stagnation of a “Miracle”: Botswana’s Governance Record Revisited ». *GIGA Working Paper Series*.

- Stegling, C. 2000. « Current challenges of HIV/AIDS in Botswana ». *Gaborone: University of Botswana*.
- Stillwaggon, E. 2003. « Racial Metaphors: Interpretating Sex and AIDS in Africa ». *Development and Change* 34 (5): 809-832.
- Stover, J., B. Fidzani, B. C. Molomo, T. Moeti, et G. Musuka. 2008. « Estimated HIV Trends and Program Effects in Botswana ». *PLoS ONE* 3 (11): e3729.
- Suggs, D. N. 1996. « Mosadi Tshwene: the construction of gender and the consumption of alcohol in Botswana ». *American Ethnologist* 23 (3): 597-610.
- . 2001. « “These young chaps think they are just men, too”: redistributing masculinity in Kgatleng bars ». *Social Science & Medicine* 53 (2): 241-250.
- Sunder Rajan, K. 2006. *Biocapital: the constitution of postgenomic life*. Duke University Press.
- Taylor, I. 2002. « Botswana’s “Developmental State” and the Politics of Legitimacy ». Papier de conférence.
- . 2006. « The limits of the ‘African miracle’: academic freedom in Botswana and the deportation of Kenneth Good ». *Journal of contemporary African studies* 24 (1): 101-122.
- Thomas, L. M. 2003. *Politics of the womb: Women, reproduction, and the state in Kenya*. Univ of California Pr.
- Tilley, H. 2011. *Africa as a ‘living laboratory. Empire, Development, and the Problem of Scientific knowledge, 1870-1950*. Chicago: University of Chicago Press.
- Tsie, B. 1996. « The political context of Botswana’s development performance ». *Journal of Southern African Studies* 22 (4): 599-616.
- Ubomba-Jaswa, P. 1993. « Mass media and AIDS in Botswana: what the newspapers say and their implications ». University of Botswana, non-publié.
- Upton, R. L. 2003. « “Women Have No Tribe”. Connecting Carework, Gender and Migration in an Era of HIV/AIDS in Botswana ». *Gender and Society* 17 (2): 314.
- Vaughan, M. 1991. *Curing their ills: Colonial power and African illness*. Stanford Univ Pr.
- Vidal, L. 1996. *Le silence et le sens: essai d’anthropologie du sida en Afrique*. Anthropos Paris.
- . 1999. « La transmission. Le sida et ses savoirs ». *L’Homme* 39 (150): 59-83.
- . 2000a. *Femmes en temps de sida: expériences d’Afrique*. Paris: Presses Universitaires de France.
- . 2000b. « Penser le risque de transmission: transmission de la mère à l’enfant et allaitement ». *Allaitement et VIH en Afrique*.
- . 2005. « L’instant de vérité: Glissement de l’objet à son écriture en anthropologie ». *L’Homme* 173: 47-74.
- . 2010. *Faire de l’anthropologie: santé, science et développement*. Paris: La Découverte.
- Wa Kabwe-Segatti, A. 2008. « Violences xénophobes en Afrique du Sud: retour sur un désastre annoncé ». *Politique africaine* 112.
- De Waal, A. 2003. « How will HIV/AIDS transform African governance? » *African Affairs* 102 (406): 1.
- . 2006. *AIDS and power: Why there is no political crisis—yet*. Zed Books.
- Waitzkin, H. 1979. « Medicine, superstructure and micropolitics ». *Social Science & Medicine. Part A: Medical Psychology & Medical Sociology* 13: 601-609.
- Waldby, C. 2002. « Stem cells, tissue cultures and the production of biovalue ». *Health* 6 (3): 305-323.
- Van de Walle, N. 2001. *African economies and the politics of permanent crisis, 1979-1999*. Cambridge Univ Pr.
- Weber, J., J. Austin, et D. Barrett. 2001. *Merck Global Health Initiatives (B): Botswana*. Harvard Business School Case. Harvard Business School.

- Weiser, S. D., M. Heisler, K. Leiter, F. Percy-de Korte, S. Tlou, S. DeMonner, N. Phaladze, D. Bangsberg, et V. Iacopino. 2006. « Routine HIV Testing in Botswana: A Population-Based Study on Attitudes, Practices, and Human Rights Concerns ». *PLoS Med* 3 (7) (juillet 18): e261. doi:10.1371/journal.pmed.0030261.
- Weiser, S. D., W. Wolfe, D. Bangsberg, I. Thior, P. Gilbert, J. Makhema, P. Kebaabetswe, D. Dickenson, K. Mompati, et M. Essex. 2003. « Barriers to Antiretroviral Adherence for Patients Living with HIV Infection and AIDS in Botswana. » *JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes* 34 (3): 281.
- Wendland, C. 2008. « Research, Therapy, and Bioethical Hegemony: The Controversy over Perinatal AZT Trials in Africa ». *African Studies Review* 51 (3): 1-23.
- Werbner, R.P. 2004. *Reasonable Radicals and Citizenship in Botswana: the public anthropology of Kalanga elites*. Indiana Univ Pr.
- Werner, M., et B. Zimmermann. 2003. « Penser l'histoire croisée: entre empire et réflexivité » 1: 7-36.
- Whyte, S. R, M. A Whyte, L. Meinert, et B. Kyaddondo. 2006. « Treating AIDS: Dilemmas of unequal access in Uganda ». In *Global Pharmaceuticals*, éd par. A. Petryna, A. Lakoff, et A. Kleinman.
- Williams, S. 2008. *Colour Bar: The triumph of Seretse Khama and his nation*. Londres: Penguin.
- Yach, D., et D. Bettcher. 1998a. « The globalization of public health, II: The convergence of self-interest and altruism. » *American journal of public health* 88 (5): 738.
- . 1998b. « The globalization of public health, I: Threats and opportunities. » *American journal of public health* 88 (5): 735.
- Zaba, B, et S Gregson. 1998. « Measuring the impact of HIV on fertility in Africa ». *AIDS (London, England)* 12 Suppl 1: S41-50.
- Zeller, C. 2008. « From the gene to the globe: Extracting rents based on intellectual property monopolies ». *Review of International Political Economy* 15 (1): 86-115.

Sources historiques

Aux Archives Nationales du Botswana (BNA) à Gaborone, j'ai consulté des documents de correspondance entre les pouvoirs locaux et l'administration britannique ; des lettres et rapports rédigés par les médecins de l'administration coloniale notamment des rapports sur l'état de santé des populations ainsi que des notes prises par les cabinets de recrutement pour le travail dans les mines sud-africaines.

En ce qui concerne la période plus récente et l'arrivée du sida, j'ai consulté des rapports épidémiologiques du début des années 1980 témoignant de l'apparition du sida et des premières mesures (publication *Epidemiological Bulletin*, numéros 3, 4 et 5 (1985-1986).

Toutefois, les archives du ministère de la Santé ne sont pas accessibles (depuis le déménagement dans un nouveau bâtiment en 2004). Je n'en ai pas plus trouvé dans d'autres institutions nationales comme l'Institut des Sciences de santé

Rapports et documents officiels

Documents publiés par le gouvernement du Botswana :

Constitution du Botswana, Government Printers, Gaborone, édition 2002.

National Youth Policy, Republic of Botswana, Ministry of Labour and Home Affairs, février 1996, 35p.

National Development Plan 9, 2003-2008, Republic of Botswana, Ministry of Finance and Development Planning, mars 2003.

Vision 2016: Towards Prosperity for All, Gaborone, Gouvernement du Botswana, Presidential Task

- Group For a Long Term Vision For Botswana, septembre 1997, 81 p.
- National Health Status Evaluation survey 1984
- National Health Status Evalulation, 1986
- Health Statistics Report, 1986", Medical Statistics Unit, Ministry of Health, Gaborone, 1986
- Botswana National Health Bulletin, vol.1, No 2, 138-139
- Family Health Survey, 1996.
- Demographic Health Survey, 1991
- Botswana Demographic Survey, 1997.
- Rapports annuels de l'hôpital Princess Marina pour les années 1984, 1986, 1989, 1990, 1995.
- Princess Marina Hospital Upgrading report, 1985.
- AIDS Update, décembre 1993
- Botswana National Policy on HIV/aids, novembre 1993, 15 p.
- Botswana Medium Term Plan II, 1997-2002
- Revised Botswana National Policy on HIV/AIDS1998
- Towards an AIDS Free Generation, Rapport National sur le Développement Humain 2000 au Botswana (PNUD), PNUD et gouvernement du Botswana.
- Botswana AIDS Impact Survey I (BAIS), 2001.
- Status of the 2002 National Response to the UNGASS Declaration of Commitment on HIV/AIDS, Republic of Botswana, Ministry of State President, National AIDS Coordinating Agency, mars 2003.
- Botswana Guidelines On Anti-Retroviral Treatment, 2002 Version, Prof. Anabwani, G. Et Dr Jimbo, W. (éd.), Gaborone, Ministry of Health, 2002, 61 p.
- Botswana National Strategic Framework for HIV/AIDS, 2003-2009, Republic of Botswana
- Botswana 2003 Second Generation HIV/AIDS Surveillance, Ministry of State President, NACA, Technical Report, December 2003, 82 p.
- Botswana National HIV/AIDS Policy 2004, *Draft Version*, Janvier 2004, 26 p.
- Botswana AIDS Impact Survey III Stats Brief, 2009
- Dawn: Challenges and Learnings of ARV Implementation in Botswana", Government of Botswana, Ministry of Health, Programme Masa, juin 2003, 20 p.
- Hope: Rolling out ARV Therapy in Botswana, Government of Botswana, Ministry of Health, Programme Masa, 2004, 12 p.
- HIV/AIDS in Botswana. Estimated trends and implications based on surveillance and modeling, ACHAP, 2008.
- Progress Report of the National response to the UNGASS Declaration of Commitment on HIV/AIDS 2005, NACA, 2005.
- Progress report of the national response to the 2001 declaration of commitment on HIV and

Bibliographie

AIDS, Botswana country report 2010.

Rapports publiés par le Botswana Institute for Development Analysis (BIDPA) (Botswana):

Greener, Robert, "The impact of HIV/AIDS and options for intervention: results of a five company pilot study", *BIDPA Working Paper n° 10*, 1997.

Modelling the macroeconomic impact of AIDS, BIDPA, août 1999, 39 p.

Citizen Economic Empowerment in Botswana : Concepts and Principles, *Working Paper*, n°22, July 1999.

Macro-economic impacts of HIV/AIDS epidemic in Botswana, BIDPA, 2000, 87 p.

Impact of HIV/AIDS on the Botswana economy, BIDPA Briefing, mars 2001, 4 p.

Report on the SADC HIV/AIDS and Governance Case Studies: Botswana, BIPDA, 17 mai 2004, 44 p.

Etudes de Abt Consultants (Afrique du Sud):

An impact assessment of HIV/AIDS on current and future population characteristics and demographics in Botswana", Abt associates South Africa, mai 2000, 113 p.

The Impact of HIV/AIDS on the health sector in Botswana", Abt associates South Africa, avril 2000.

HIV/AIDS demographic impact in Botswana, Abt Associates Inc., 2000

Table des cartes, encadrés et photos

Table des cartes

Carte 1. Le continent africain.....	18
Carte 2. Le Botswana contemporain.....	19
Carte 3. Le Bechuanaland britannique (1887).....	63

Table des encadrés

Encadré 1. Un mariage inconvenant (1948)	72
Encadré 2. African Comprehensive HIV/AIDS Partnership (ACHAP)	124
Encadré 3. La consultation du Dr Alma.....	186
Encadré 4. La thérapie antirétrovirale	229

Table des figures

Figure 1. Photo du couple Khama, sur la colline de Mochudi (1960).	74
Figure 2. Prévalence du VIH (1988 - 2003).....	88
Figure 3. Séroprévalence des femmes enceintes au Botswana (1992 à 2009).....	90
Figure 4. Photo extraite du rapport du PNUD (2000).....	99
Figure 5. Financement de la lutte contre le sida (2003-2005)	133

Liste des annexes

Annexe I – Enquête de terrain	361
Annexe II – Permis de recherche	375
Annexe III – Médicaments antirétroviraux et épidémiologie	385
Annexe IV – Illustrations et photos	397

ANNEXES

Annexe I – Enquête de terrain

Enquête ethnographique: principaux sites et activités

Sites d'enquête	Durée	Type de recherche / activités
Hôpital Princess Marina (janvier – juin 2007)		
<i>Service des Urgences (accident & emergency)</i> 10 box et salle de réanimation	janvier à avril 2007 158 h	Bureau des médecins : lecture des dossiers, interactions entre médecins, infirmiers et patients (et accompagnants si présents) Activités principales : suivre les médecins, fournir une aide ponctuelle aux médecins sans port de blouse ; suivi de patientes jusqu'en gynécologie
<i>Service de gynécologie</i> Accueil/bureau Salle d'examen (Evacuation Room)	avril-mai 2007 puis février 2008 et novembre 2008 (42 heures)	<ul style="list-style-type: none"> • Arrivée avec la patiente • Accueil des patientes dans le service • Examen gynécologique • Curetage • Visite des médecins
<i>Infectious Disease Care Clinic ou « centre ARV »</i> clinique de l'échec (« failure clinic »), Dr Alma, infirmières et assistants coinfections et comorbidités, Dr Sachs, un ou deux assistants consultation pour les femmes enceintes, Dr Tonda et un assistant	février à juin 2007 (112 heures)	Observation de la consultation, interactions soignants-soignés, « vie » du centre au quotidien <ul style="list-style-type: none"> • accueil des patients • séances de prière • sessions d'éducation thérapeutique • consultation médicale en présence d'un médecin et d'une infirmière
Participation à des conférences et ateliers		
	février 2007 avril 2007 mai 2007	Séminaire à l'Institut des Sciences de santé (IHS) sur la recherche sur le sida au Botswana Séminaire « Le VIH et les préservatifs en prison » organisé par BONELA avec des acteurs de la société civile et des représentants gouvernementaux Forum sur « le VIH et les préservatifs en prison »

	juin 2007	avec les étudiants de l'Université du Botswana Mid term review of the National HIV/AIDS Strategic Framework",
	Octobre 2008	Botswana Medical Association Annual Meeting
Conference ANRS- Schapera	30-31 octobre 2008	"Continuity and Change in an Era of HIV/AIDS"

Liste des enquêtes de terrain

Février 2006 : Préparation de l'enquête de terrain : Université du Botswana ; Comité d'éthique

- Présentation du projet de recherche au séminaire de sociologie à l'Université du Botswana
- Soumission du premier projet au comité d'éthique (refus puis nouvelle soumission en mars 2006, accord en juillet 2006)

Décembre 2006 – juin 2007 : enquête ethnographique à l'hôpital

- Observations à l'hôpital Princess Marina (Service des Urgences ; Centre ARV ; gynécologie et médecine interne)
- Volontariat au sein de l'association BONELA, une journée par semaine (comité éditorial création d'une revue semi-académique sur les enjeux juridiques et éthiques du sida) ;
- Ministère de la santé ; Service de l'immigration
- Entretiens

Janvier- février 2008

Préparation de la conférence Schapera pour l'automne ; renouvellement permis de recherche ; Observations complémentaires (centre ARV et service de gynécologie) ; entretiens

Octobre - Novembre 2008

Objet de la mission : conférence organisée avec le département de Sociologie (projet ANRS) intitulée « Continuity and Change in an Era of HIV/AIDS » ; participation à l'assemblée générale des médecins du Botswana ; entretiens

Septembre – Octobre 2009

Objet principal de la mission : participation à la conférence AIDS Impact ; entretiens

Mars 2011 et mai 2012: Boston, États-Unis (Harvard School of Public Health) et Paris, France

Entretiens complémentaires (mars 2011 – mai 2012)

Liste synthétique des entretiens

Nom	Lieu	Statut/Fonction	date(s) de(s) entretien(s)	
Hôpital Princess Marina				
Dr Alma	Centre ARV / Ministère de la Santé	Médecin, chercheur Coordnatrice de la recherche clinique	28/1/2008 30/9/2009	E E
Dr Sachs	Centre ARV / Univ. Penn	Médecin, clinicien	22/1/2008	E
Dr Ramabu	Centre ARV	médecin	12/4/2007	E
Dr Oluyemi	Centre ARV/Urgences	médecin	30/1/2008	E
Dr Nurrudinh	Urgences	médecin	8/5/2007	N
Dr Kaunda	Urgences	médecin	20/3/2007	N
Dr Nguni	Urgences	médecin	22/3/2007	N
Dr Mothlanka	Centre ARV	médecin	3/2/2008	E
Dr Macek	Gynécologie	Médecin responsable du service	1/2/2008	N
Dr Tonda	Gynécologie / centre ARV	médecin	10/3/2007 30/1/2008	E N
Mma Nnopi	Centre ARV	infirmière	2/11/2009	E
Virginia	Centre ARV	infirmière	29/1/2008	E
Filwe	Centre ARV	infirmière	28/1/2008	E
Mma Pula	Centre ARV	Surveillante générale	31/1/2008	E
Betty	Centre ARV	assistante administrative	22/1/2008	N
Segameste	Centre ARV	Assistante administrative	3/4/2007	N
Marylin	-	Patiente	20/1/2008 4/10/2009	E E
Neo	Centre ARV	Patiente	5/1/2008	N
Nakeledi	Gynae	Patiente	12/2/2007	E
Lorato	Gynae	Patiente	18/1/2007	N
Lebo	Gynae	Patiente	2/2/2008	N

ministère de la Santé				
Nom	Lieu	Statut/Fonction	date(s) de(s) entretien(s)	
Sheila Tlou	Ministère Santé / Université du Botswana	Ministre de la santé (2004-2008)	24/9/2009	E
Dr H. Moffat	Ministère de la Santé	Médecin ; ancien directeur hôpital Princess Marina	4/11/2008 31/9/2009	E E
Dr D.	Ministère de la Santé	Directeur des services hospitaliers ; ancien directeur programme Masa	23/9/2009	N
Dr J. Baxter	Ministère de la Santé	Clinician advisor	21/1/2007	N
J.Puvimansinghe	Ministère de la Santé MASA	Consultant Monitoring & Evaluation	5/6/2007	E
A. Haidiri	Programme MASA/ACHAP	Système informatique	22/5/2007	E
P. Naidoo	Programme MASA/ACHAP	Responsable de la communication	25/7/2004	E
A. Riley	Programme MASA/ACHAP	Responsable de la formation	28/7/2004	E
M. Keapoletse	Ministère de la Santé	Responsable programme PTME	29/5/2007	N
Dr Derek	Ministère de la Santé	Médecin / responsable MASA	6/10/2009	E
B. Fidzani	NACA	Responsable surveillance épidémio.	2/10/2009	E
P. Stegman	NACA	Consultant stratégie	27/10/2008	E
K. Kealeboga	NACA - UNFPA	Consultante Fonds Mondial	3/10/2009	N

Présidence				
Nom	Lieu	Statut/Fonction	date entretien	
J. Ramsay	Bureau du Président	Porte parole du président	4/8/2004	E
N. Nkoloji	Bureau du Président	Secrétaire particulier	1/8/2004	N

Coopération technique				
A. Lawson	FNUAP	Représentante	6/8/2004	E
E. Morwa	ONUSIDA	Représentant résident	6/10/2009	E
J. Sheperd	BOTUSA	Responsable programmes VIH/sida	27/10/2008	E
Dr. Bodika	BOTUSA	Responsable de la surveillance épidémiologique	30/5/2007	E
Dr Jimbo	BOTUSA	Responsable PMTCT	2008	N
J. Raats	Tebelopele	Directeur - Réseau des centres de dépistage	4/6/2007	E
J. Sullivan	ACHAP	Responsable Programmes de Prévention	23/5/2007	N

Botswana Harvard Partnership				
Dr B. Brown	BHP	médecin/chercheur	24/1/2008	E
Dr C. Brown	BHP	médecin/chercheur	25/1/2008	N
R. Madison	BHP	administratrice	2/10/2009	E
Emma	BHP	Etudiante	4/4/2007	N
T. Gaolathe	BHP/PEPFAR	Médecin/ responsable PEPFAR Botswana	31/1/2008	N
Dr Marlink	BHP/HAI	Responsable, Harvard AIDS Institute	4/03/2011 entretien réalisé à Boston	E
Dr Barin	CHU Tours	Virologue, ex. collaborateur de Harvard	18/3/2011	E

Associations				
C. Stegling	BONELA	Directrice	3/8/2004	E
			2/2/2008	N
Nthabiseng	BONELA	Chargée de programme 'Femmes'	8/10/2009	N
D. Ngele	BONEPWA	Directeur	2/8/2004	E

Université du Botswana				
E. Seloilwe	UB/ CSHA	Professeur nursing education ; directrice centre pour l'étude du VIH/Sida	22/1/2008	N
			5/10/2009	E
L. Takone	UB	Chargé de cours statistiques	17/6/2007	N
T. Seleke	UB	Chargé de cours sciences politiques	6/6/2007	N
S. Weeks	UB	Professeur sciences de l'éducation	5/10/2009	N
T. Galvin	UB	Professeur anthropologie	30/10/2008	N
T. Fako	UB	Professeur sociologie	28/9/2009	N

Entretiens menés de Paris (enjeux pharmaceutiques)				
J. Arkinstall	Médecins Sans Frontières	Responsable Communication – campagne d'accès aux médicaments essentiels	10/9/ 2010	E
M.-A. Mercier	BMS France	Directrice Global Access	3/5/2012	E
J. Damonti	BMS New York	Président Fondation BMS	29/5/2012	E

Précisions :

E : Entretien enregistré et intégralement retranscrit. Plusieurs des personnes interviewées, notamment lorsque je demandais la permission d'enregistrer, ont demandé à consulter mon permis de recherche- j'ai modifié le nom de ces personnes. En règle générale j'ai anonymisé mes interlocuteurs, à l'exception des personnes identifiables par leur fonction ou leur rôle public (directeur de l'hôpital, porte-parole du président de la République).

N : Notes d'entretien, prise active de notes pendant l'entretien et retranscription immédiate.

Lorsqu'ils sont cités dans le texte, les extraits d'entretiens sont suivis de la mention « retranscription d'entretien » qui signifie que l'entretien a été enregistré (E) ou « notes d'entretien » (N).

Traduction :

Tous les extraits d'entretien ont été traduits. Plutôt qu'un appauvrissement du sens voire une altération, ce processus m'a engagée à interpréter certaines données. De la même façon j'ai traduit tous les extraits de conversations, de documents publiés et non publiés ainsi que la littérature secondaire citée. Quelques exceptions concernent les phrases en exergue. Lorsqu'une expression spécifique est utilisée et lorsque cela a posé un problème de traduction, dans ces rares cas je garde la phrase en anglais et traduction en français ou bien l'expression originale en anglais est gardée entre parenthèses ou en note de bas de page. Dans le cours de la traduction, s'est posée la question de la traduction du tutoiement ou du vouvoiement qui a donné lieu à une interprétation, en fonction de la relation établie avec l'interviewé et dans le cas des observations d'interactions, en fonction des circonstances, du ton employé par le médecin.

Éléments biographiques concernant les enquêtés

Les éléments biographiques ci-dessous, présentés par ordre alphabétique, ne sont **pas exhaustifs** de l'ensemble des enquêtés. Ils concernent les enquêtés avec lesquels j'ai mené des observations et des entretiens les plus fructueux ou avec lesquels plusieurs entretiens ont pu être menés. L'accent est également mis sur les circonstances des entretiens.

Dr Joy Alma a 52 ans, d'origine mexicaine-américaine. Elle est médecin (médecine interne) spécialisée sur le VIH/sida. Elle est arrivée au Botswana en 2001 dans le cadre d'un projet de Harvard (étude Hope). Elle a formé les premiers médecins botswanais responsables de premiers patients sous traitement. Elle s'est spécialisée sur les résistances aux traitements et les thérapies de seconde et troisième ligne. Ses fonctions en 2007-2009 sont directrice adjointe du centre ARV et coordinatrice de la recherche clinique au ministère de la santé. J'ai mené avec elle deux entretiens approfondis. Le premier en février 2008 a été conduit dans le centre de bien-être voué au *counseling* qu'elle a créé, le second en octobre 2009 dans son bureau de coordinateur de la recherche clinique au ministère de la santé. Le premier entretien a porté sur des éléments biographiques, tandis que le second m'a permis de recueillir son analyse sur les enjeux liés à la recherche clinique au Botswana. Nous avons par ailleurs eu diverses conversations informelles et j'ai observé ses consultations et nous nous sommes revues en juillet 2012 en marge de la conférence AIDS 2012 à Washington.

Dr Baxter, ministère de la santé/ ACHAP : citoyen états-unien, il rejoint l'équipe ARV en 2006 tant que conseiller clinique (clinical advisor). Auparavant, il était chargé du programme de précepteurs d'ACHAP et du programme de formation KITSO. Dr Baxter est très reconnu en tant que clinicien VIH aux États Unis. L'entretien mené tôt dans mon enquête a concerné des éléments d'information et une liste de personnes à rencontrer.

Betty, 32 ans, assistante administrative. Je l'ai assistée dans les tâches d'enregistrement des patients et de classement des dossiers. Elle a un enfant, vit à Gaborone et suit une formation à l'université du Botswana de ressources humaines. En 2008 elle quitte le centre ARV (ministère de la santé) pour travailler dans le bâtiment voisin pour la clinique pédiatrique Baylor en tant que technicienne d'étude clinique (data entry clerk).

Dr Brown, 49 ans. Il est venu avec son épouse au début des années 2000 pour diriger la mise en place de l'étude Hope dont il est resté pendant le principal responsable (aux côtés de Dr Johns, investigateur principal) pendant toute la décennie 2000. Le contact a été aisé à établir, mais il a

manifesté une certaine réticence dans le cadre de l'entretien (m'a notamment demandé mon permis de recherche). Il m'a ensuite fait part très amicalement de son parcours, ses activités au Botswana depuis 2001. Il me conseille de discuter avec son épouse qui est coordonne plusieurs études cliniques à Gaborone (PTME, allaitement), notamment car je m'intéresse à la question de la transmission du VIH de la mère à l'enfant. Cela sera cependant impossible d'obtenir un entretien, seulement une courte conversation très fermée.

Cecilia, 48 ans, infirmière gradée (registred nurse), seconde dans la hiérarchie des infirmières du centre (elle assiste Mma Pula) en formation avec Dr Alma en tant que infirmière ARV capable de renouveler les prescriptions des patients qui vont bien. Elle est au centre ARV depuis 2002, auparavant elle travaillait en chirurgie.

T. Fako, +/- 50 ans. Professeur de sociologie, il a travaillé sur les questions de santé dans les années 1980-1990 et conduit des enquêtes sur le sida parmi ses étudiants de UB. En 2011 il est nommé Vice-Chancellor de l'Université du Botswana.

B. Fidzani (NACA). +/- 45 ans. Il a effectué ses études aux États-Unis, à l'université de Los Angeles. Je l'ai rencontré dans le cadre de la conférence AIDS Impact 2009, il y coordonnait la présentation de recherches entreprises dans le cadre de l'agence de coordination NACA (par des agents non chercheurs). L'entretien s'est déroulé dans son bureau, enregistré, suivi d'une très riche conversation, une fois que le magnétophone fut coupé. Il était présent lors de ma présentation de restitution à l'Alliance française (chapitre 8).

Filwe, 34 ans. Infirmière du centre ARV formée à la prescription des antirétroviraux par Dr Alma. Elle a exercé en médecine interne de 1998 à 2001 puis au service de gynécologie jusqu'en 2005 (chap. 7).

T. Galvin, 62 ans, anthropologue, professeur au département de sociologie, en charge du projet Schapera. D'origine irlandaise elle vivait au Zimbabwe jusqu'au début des années 2000. Nous avons étroitement collaboré durant toute mon enquête et en particulier au moment de la conférence organisée avec le financement du projet ANRS en octobre 2008 (chapitre 8).

Dr T. Gaolathe (ministère de la santé/PEPFAR) : née au Botswana, 37 ans. Elle a fait ses études de médecine à la faculté de médecine George Washington. A son retour au Botswana, elle est avec le Dr Ndwapi Ndwapi la première médecin botswanaise à être formée pour s'occuper du centre ARV de Princess Marina. Elle connaît une rapide ascension professionnelle en tant que responsable national de santé publique. Elle coordonne l'ensemble des activités PEPFAR au Botswana (chapitre 8).

Dr Gimre, 47 ans, éthiopien, au Botswana depuis 5 ans. Il effectue quelques gardes au service des Urgences mais sinon il est principalement enseignant à l'Institut des Sciences de santé (IHS) (chap. 7).

Dr Kaunda, +/- 45 ans, Medical Officer, d'origine zambienne, arrivé au Botswana il y a sept ans. Il a fait ses études de médecine en Corée du Nord pendant cinq ans puis en Italie. Il réside au Botswana depuis huit ans. C'est sa deuxième année au service des Urgences. Avant il travaillait à l'hôpital Scottish Livingstone de Molepolole. À partir du 1er avril 2007, il est affecté en service de chirurgie (chapitre 7).

Lorato, 35 ans. Elle habite dans la banlieue de Gaborone, elle vit seule avec sa fille et sa petite sœur. Lorsque je la rencontre elle vient de perdre sa mère dans un accident de voiture. Elle est enseignante de français, a déjà voyagé pour un séjour linguistique en France (chapitre 7).

Dr Marlink, +/- 50 ans, directeur exécutif du Harvard AIDS Initiative (Harvard School of Public Health), Bruce A. Beal, Robert L. Beal, and Alexander S. Beal Professor of the Practice of Public Health au département d'Immunologie et maladies infectieuses (M. Essex), il est à l'origine de la collaboration avec les autorités botswanaïses, du programme de formation des soignants KITSO et également l'investigateur principal de l'étude Hope (chapitre 4).

Marylin, patiente de 33 ans. Je l'ai rencontrée par l'intermédiaire de Dr Alma. Son mari est séropositif et refuse de se soigner. Elle a accouché d'un enfant mort en 2007 et entamé une procédure d'adoption qui a abouti en 2008. Entre 2008 et 2010 elle a déménagé trois fois, son mari contracte des dettes que son salaire ne parvient pas à rembourser (chapitre 7).

Dr Howard Moffat, 72 ans, né en Rhodésie du Sud (Zimbabwe), il est le descendant du missionnaire Robert Moffat (chapitre 1). Il est arrivé au Botswana en 1976 pour diriger l'hôpital de Mochudi (Dutch Reformed Church). Il est ensuite appelé pour diriger l'hôpital Princess Marina au début des années 1990. Il s'est investi dans les associations de médecins et a été le médecin personnel du président Festus Mogae. Il bénéficie d'une très grande renommée au Botswana pour ses compétences et actions de santé publique. Le premier entretien s'est déroulé dans son bureau du ministère de la Santé et concernait sa « mémoire institutionnelle » relative au programme d'accès aux antirétroviraux. Le second entretien, à son domicile, lors d'un jour férié (anniversaire de l'indépendance) fut mené un an plus tard, autour d'un thé, après une discussion avec son épouse. Cet entretien fut plus riche et orienté sur le développement du système de santé au Botswana.

G. Mookodi, +/- 50 ans, sociologue est la responsable du Projet Schapera avec lequel j'étais affiliée durant mon enquête de terrain. A partir de 2008 elle dirige le département de sociologie (jusqu'en 2011).

Dr Mothlanka 36 ans. De retour au Botswana après environ 10 ans passés en Grande-Bretagne pour ses études de médecine. Elle a deux enfants. Elle exerce en service de médecine interne et au centre ARV. Elle vient d'être embauchée pour coordonner une consultation pour le personnel soignant au sein de partenariat Botswana-UPenn.

Nakeledi. 17 ans. Elle vient de passer l'équivalent du baccalauréat. Elle commence une formation en métier de la mode. Sa mère travaille à Air Botswana.

Dr Ndwapi Ndwapi, 38 ans, né au Botswana, il a effectué ses études de médecine aux États-Unis (New Jersey). Comme T. Gaolathe, il a été formé par les médecins de Harvard pour traiter les premiers patients en 2001. Il devient directeur du centre ARV de Princess Marina en 2004 puis responsable du programme Masa en juin 2006 comme Operations Manager. En 2008 il devient directeur des Services hospitaliers au ministère de la Santé. Il fut aussi impliqué dans développement de KITSO. Entretien à 7h dans son bureau, court, concis mais riche.

Neo, 19 ans, travaille comme assistante dans le centre ARV avec un statut temporaire. Elle est aussi une patiente inscrite dans le centre.

Mma Nnopi, 58 ans est infirmière gradée (*senior nursing officer*) dans le centre ARV depuis 2006. Auparavant elle travaillait à la clinique pédiatrique Baylor depuis sa création en 2003.

Dr Nurrudinh, 45 ans est d'origine kenyane, il est responsable des médecins au service des Urgences.

Dr Oluyemi a 43 ans, elle est d'origine nigériane, elle est médecin (*Medical Officer*) au service des Urgences puis au centre ARV.

Mma Pula, +/- 60 ans, surveillante générale (*matron*), infirmière et sage-femme senior (*registred midwife, senior nursing officer*). Elle a exercé dans différents services de l'hôpital Princess Marina depuis 1980 (gynécologie, Urgences, médecine interne) et s'occupe du centre ARV depuis sa création (employée initialement par Harvard) dont elle supervise le personnel infirmier depuis.

J. Puvimanasinghe. +/- 45 ans, d'origine sri lankaise il est en charge du « Monitoring et Evaluation » au sein du programme MASA, il est embauché et payé par ACHAP. L'entretien a été mené dans son bureau et long entretien très pédagogique dans son bureau, discussions autour de documents, de rapports compilés par ses soins.

Dr Ramabu +/- 40 ans. Il exerce en médecine interne et au centre ARV. En 2007 il est responsable du centre ARV (site manager). En avril 2007 il quitte le service pour effectuer une spécialisation en orthopédie.

J. Ramsay, porte parole du président de la République, de Festus Mogae (1998-2008) puis de Ian Khama Seretse Khama (depuis 2008). Il est d'origine sud-africaine. Il est spécialiste de la presse et des médias et il est également historien, a écrit plusieurs ouvrages et articles sur l'histoire du Botswana.

Dr Sachs, +/- 40 ans. Il est arrivé à Gaborone en 2004 pour travailler pour le centre pédiatrique Baylor, tout comme son épouse. Puis il a été embauché par le partenariat Botswana-UPenn. Il est chargé d'une consultation spécialisée sur les coinfections (tuberculose en particulier) et les comorbidités au centre ARV, deux matinées par semaine.

E. Seloilwe, infirmière, titulaire d'un doctorat en « nursing education », directrice du centre d'études sur le sida de l'Université du Botswana.

J. Sullivan, 42 ans. Canadienne, experte en santé communautaire et santé de la reproduction. Pour ACHAP elle est chargée des questions de recherche et d'évaluation et notamment de documenter les « leçons apprises » (Sullivan 2007). Lorsque je la rencontre, elle vient de démissionner de son poste. Elle exprime de nombreux désaccord avec les actions menées par ACHAP et endosse une posture critique de l'ensemble du dispositif de lutte contre le sida au Botswana.

C. Stegling, +/- 40 ans, d'origine allemande, fondatrice et directrice de l'ONG Botswana Network of Ethics, Law and HIV/AIDS (BONELA) jusqu'en 2009 date à laquelle elle quitte le Botswana pour prendre un poste en Angleterre dans un ONG internationale prééminente dans la lutte contre le sida.

P. Stegman, 47 ans, consultant à NACA. Il travaille sur le cadre stratégique de lutte contre le sida depuis 1998. En 2003 il devient assistant technique, secondé par ACHAP, puis consultant pour NACA.

Dr. S. Tlou, ministre de la santé (2004-2009), aujourd'hui Responsable régional de l'Onusida pour l'Afrique austral. Elle est titulaire d'un doctorat en soins infirmiers obtenu aux États-Unis. Elle a co-fondé le Coping Centre for People Living with AIDS et avait endossé le rôle de "coordinateur VIH" à l'Université du Botswana. L'entretien a été réalisé en marge de la conférence « AIDS Impact » qu'elle a contribué à organiser au Botswana.

L. Takone, statisticien, environ 35 ans. Formé aux États-Unis, il est professeur assistant à l'Université du Botswana. Il travaille sur des données statistiques liées au VIH/sida, en lien avec le ministère de la Santé.

Annexe II – Permis de recherche

Document 1: Loi sur la recherche anthropologique (octobre 1967)



Republic of Botswana

ANTHROPOLOGICAL RESEARCH

CHAPTER 59:02

Price P1,00

Printed by the Government Printer, Gaborone, Botswana

CHAPTER 59:02

ANTHROPOLOGICAL RESEARCH

ARRANGEMENT OF SECTIONS

SECTION

1. Short title
2. Interpretation
3. Regulation of anthropological research
4. Entry upon land
5. Entry into defined areas of persons who are not citizens of Botswana

An Act to regulate anthropological research

Act 45, 1967

[Date of Commencement: 20th October, 1967]

1. This Act may be cited as the Anthropological Research Act.

Short title

2. In this Act—
 "anthropological research" means investigation or research of a physical anthropological, social anthropological, cultural anthropological, sociological, physiological, group psychological, linguistic, ethnological, ethnographical, or ethno-historical nature and includes research into the human geography and human ecology of any area.

Interpretation

3. (1) No person shall conduct anthropological research—
 (a) by residing in, near, or among any community which is the subject of the research;
 (b) by means of the questioning of informants;
 (c) by means of the physical examination of individuals including the measurement of their physical traits; or
 (d) by inducing persons to submit themselves to experiment, unless with the prior permission of the Minister.

Regulation of anthropological research

Provided that nothing in this section shall prevent the undertaking of any investigation or research within a school, training college, university or other institution, of a nature normally undertaken within such places, or the conducting by an employer of any research designed to promote the efficiency of his employees, or the conducting by any local, statutory or traditional authority of research for the purpose of the better performance of its functions.

59:7

CAP. 59:02]

Anthropological Research

(2) The Minister may refuse to grant permission under this section if he is of the opinion—

- (a) that the person seeking to conduct research has not the qualifications to enable him to do so adequately;
- (b) that the person seeking to conduct research is for any other reason not a fit and proper person to conduct research;
- (c) that the nature of the research or the circumstances thereof are such as to make it probable that the life of any community or of any of the inhabitants thereof may be disrupted to an extent not justifiable in relation to the probable results of the research;
- (d) that by reason of the moneys, equipment, or time at the disposal of the person conducting the research it is unlikely that the research will be conducted in an efficient or proper manner; or
- (e) there is reason to fear for the safety of the person conducting research.

(3) Where the Minister grants permission for the purposes of this section he may do so subject to conditions—

- (a) relating to the time, place and manner of the research;
- (b) providing for the submission of reports on the progress, information obtained, and results of the research.

(4) Any person who conducts anthropological research in contravention of the provisions of subsection (1), or who contravenes any condition imposed by the Minister under subsection (3), shall be guilty of an offence and liable to a fine not exceeding P200.

Entry upon
land

4. The permission of the Minister in terms of section 3 shall not be deemed to authorize the entry of any person upon any land, other than State land, without the permission of the owner or occupier thereof.

Entry into
defined areas of
persons who are
not citizens of
Botswana

5. (1) The Minister may, by regulations, impose restrictions on the entry into or residence within defined areas of Botswana, of persons who are not citizens of Botswana to the extent that such restrictions are reasonably required for the better carrying into effect of the purposes of this Act.

(2) Regulations made in accordance with the provisions of subsection (1) may make provision for the imposition of a fine, not exceeding P500, in the event of its contravention.

Document 2: Refus du comité d'éthique (mars 2006)

TELEPHONE: 3934467
FAX: 3934467
TELEGRAMS: BAOBONGAKA
TELEX: 2818 CASE BO



MINISTRY OF HEALTH
PRIVATE BAG 9038
GABORONE
BOTSWANA

REPUBLIC OF BOTSWANA

REFERENCE No: PPME-13/18/1 Vol I (88) March 13, 2006

Fanny Chabrol
16 avenue Jean Aicard
75011 Paris
France

Re: Nation Building, Public Health policy and HIV/AIDS in Botswana.

Reference is made to the above titled study submitted to the Health Research and Development Committee (HRDC) for ethical and scientific review and appraisal. The HRDC met on the 3rd March 2006.

During the review the following concerns were raised and will need to be addressed and resubmitted to the HRDC for review and appraisal.

1. The research topic has to be refined in order to be concise and clear.
2. The HIV prevalence rate for Botswana indicated in the proposal has to be revisited. Please look for the latest data.
3. Objectives should be focused and clear.
4. Methodology is completely not clear. Please write the methodology in a systematic manner for the readers to understand how the study will be carried out. e.g. Sampling strategies and sample size, Data collection methods etc (Not clear). It is mentioned that structured and semi-structured interviews will be conducted. Looking at the research instrument; the structured interview schedule does not look like one.
5. Secondly, the question asked in the semi-structured tool will not capture what is written in the objectives. Please revisit the research tools.
6. Consent form needs to be well organized. E.g. The references of contact persons that are in the middle of the consent form should be written at the end of the form.

In general, the whole proposal needs to be re-written. There is need for good guidance from your Supervisor on how to write a clear proposal.

Thank you,

For Permanent Secretary Ministry of Health

1

Document 3: Acceptation avec demande de révision (juin 2006)

TELEPHONE: 3954467
FAX: 3914467
TELEGRAMS: RADONGAKA
TELEX: 2818 CARE BD



MINISTRY OF HEALTH
PRIVATE BAG 9018
GABORONE
BOTSWANA

REPUBLIC OF BOTSWANA

REFERENCE No: PPME-13/18/1 Vol I (148) June 28, 2006

Fanny Chabrol
16 avenue Jean Alcard
75011
Paris
France.

Re: Public Action and HIV/AIDS in Botswana: The implementation of the National ARV Treatment Policy.

Reference is made to the above titled study submitted to the Health Research and Development Committee (HRDC) for ethical and scientific review and appraisal. The HRDC met on the 15th June, 2006.

The following concerns were raised and will need to be submitted to the HRU:

1. Considering the methodology of the study the use of Botswana in the title is inappropriate and should be revised accordingly.
2. Objectives are not clearly outlined.
3. Maun is a semi-urban area and not rural. The researcher is advised to select another appropriate district.
4. The researcher should explain where observation will be done and what will be observed.

Thank you,

S. El-Halabi
For Permanent Secretary Ministry of Health

Document 4: Permis de recherche (juillet 2007)

Telephone: 3614467
Fax: 3614467
TELEGRAMS: GABORONE
TELEX: 3008 GABO ZB
GABORONE
BOTSWANA

MINISTRY OF HEALTH
PRIVATE BAG 908
GABORONE
BOTSWANA

REPUBLIC OF BOTSWANA

REFERENCE No: PPME-13/18/1 Vol I (152) July 6, 2006

Fanny Chabrol
16 avenue Jean Alcard
75011
Paris
France.

Research Permit: Public Action and HIV/AIDS in the districts of Gaborone and Ngamitland East: The implementation of the National ARV Treatment Policy,

Reference is made to the above titled research protocol re-submitted to the Health Research and Development Committee (HRDC). We have gone through the revisions and note that our comments have been satisfactorily addressed. **Permission is therefore granted to conduct the above-mentioned study for a period of one year effective 15th June, 2006.**

Please note that this permit is subject to the following conditions:

- This permit does not however give you authority to collect data from the selected facilities/Institutions/Departments without prior approval from management of the facilities/institutions/Departments. Furthermore, consent should be sought from all participants prior to implementing the study.
- Any changes to the approved protocol, consent forms and all other documents will need to be resubmitted to the Health Research Unit in the Ministry of Health for re-approval.
- Furthermore, you are requested to submit at least one hardcopy and an electronic copy of the report to the Health Research Unit, Ministry of Health within 3 months of the availability of a bound report.

Thank you,


S. El-Hadadi
For Permanent Secretary Ministry of Health

PERMANENT SECRETARY
MINISTRY OF HEALTH
RESEARCH UNIT
- 6 JUL 2006
GABORONE
REPUBLIC OF BOTSWANA

Document 5: Permis de recherche de l'hôpital Princess Marina
(janvier 2007)

TELEPHONE: 3953221
TELEGRAM: NGANA
REFERENCE:
FAX: 3973778



REPUBLIC OF BOTSWANA

PRINCESS MARINA HOSPITAL
P.O. Box 208
GABORONE
BOTSWANA

9th January 2007

TO WHOM IT MAY CONCERN

RESEARCH PROJECT - MS. FANNY CHABROL

This serves to give the above named permission to do an observation study here at Princess Marina Hospital. She is allowed to visit and observe all sites that deal directly with ARV and HIV/AIDS. Main centres will be Medical Department (including IDCC), Accident and Emergency Department, Prevention of Mother To Child Transmission Clinic (PMTCT) etc.

Heads of Department are therefore requested to assist MS. CHABROL whenever is necessary.

Thank you.

A handwritten signature in dark ink, appearing to read 'K.C.S. Malefina'.

Dr. K.C.S. Malefina
Hospital Superintendent

Document 6: Permis de résidence (décembre 2006)


 REPUBLIC OF BOTSWANA

Form 16

IMMIGRATION ACT
 (Cap. 25:02)

RESIDENCE PERMIT
 (section 19 (7) and regulations 10 (1))



Permit No. 2332/2006/SCB
 Date of issue ... 06 DECEMBER 2006
 File No. 15/2/16383/SCB
 Place of birth ... ALB
 Date of birth ... 04 JULY 1977
 Fee paid ... P500.00 O/R H03383-20

Nationality (name of country) FRANCE

Name of wife accompanying

Names of children accompanying

This permit authorizes CHABROL : FANNY ALICE
 to reside in Botswana for the purpose of BEING A RESEARCHER
 MINISTRY OF HEALTH - SCHAPEKA PROJECT

and is valid for the period from 06 DECEMBER 2006 TO

at 31 OCTOBER 2007 28 subject to compliance with the provisions of the
 Immigration Act and the following residence conditions:






Date

Annexe III – Médicaments antirétroviraux et épidémiologie

La thérapie antirétrovirale

Cinq classes de médicaments

Il existe cinq groupes d'antirétroviraux qui attaquent le VIH d'une manière spécifique. Chacun fut l'objet d'essais cliniques à l'issue desquels ils furent approuvés par la Food and Drug Administration (FDA), l'organisme de certification qui autorise la commercialisation des médicaments aux États-Unis.

- Les inhibiteurs nucléosides de transcriptase inverse (INTI ou NRTI) interfèrent avec l'action de la protéine du VIH appelée transcriptase réverse, dont le virus a besoin pour se reproduire. Le premier fut approuvé par la FDA en 1987
- Les inhibiteurs non nucléosides de la transcriptase inverse (INNTI ou NNRTI) empêche également le VIH de se reproduire dans les cellules en inhibant sa protéine de transcriptase inverse. Le premier INNTI contre le VIH fut approuvé en 1997.
- Les inhibiteurs de protéase (IP ou PI) s'attaquent à la protéase qui est une protéine également active dans le processus de reproduction. Le premier PI fut approuvé en 1995.
- Les inhibiteurs de fusion ou d'entrée empêchent le VIH de s'attacher et d'entrer dans les cellules immunitaires humaines. Le premier IF fut approuvé en 2003.
- Les inhibiteurs d'intégrase interfèrent avec l'enzyme intégrase dont le VIH a besoin pour insérer son matériel génétique à l'intérieur des cellules humaines. Ce médicament fut approuvé en 2007 pour lutter contre le VIH.

Ces deux dernières molécules ne sont disponibles que dans les pays riches (cf avert.org).

La Prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant (PTME)

Protocole national :

Pendant toute la période de mon enquête de terrain, les femmes séropositives enceintes dont la numération des CD4 est supérieure à 200 reçoivent de l'AZT à partir de 24 semaines de grossesses. En 2003, le ministère de la santé décide d'ajouter à l'AZT une dose unique de Nevirapine pendant l'accouchement. Après l'accouchement l'AZT est arrêté.

Les femmes enceintes séropositives dont les CD4 sont inférieurs à 200 commencent une thérapie antirétrovirale. Depuis avril 2012, toute femme séropositive enceinte est mise sous ARV quel que soit la numération des CD4. Les femmes dont les CD4 sont inférieurs ou égaux à 350 resteront sous traitement ARV à vie.

Principales études cliniques sur la PTME :

En 2010, selon l'étude « mère-enfant », parmi les femmes suivies pendant la grossesse et l'accouchement, il y a eu moins de 1% de transmission du VIH de la mère à l'enfant.

L'étude Milk, la première étude clinique commencée officiellement en mars 2001 sur trois sites Molepolole, Mochudi et Lobatse et dès 2000 avec un programme pilote⁴⁷². L'objet de l'étude Milk était d'évaluer l'efficacité d'une dose unique de nevirapine⁴⁷³ donnée à la mère et à l'enfant au moment de l'accouchement, et résultats en 2007: résistance à la névirapine pour les femmes l'ayant reçu en dose unique, lorsque ces femmes commencent la thérapie ARV moins de 6 mois après l'accouchement d'autre part, de comparer deux régimes d'alimentation (allaitement maternel exclusif / lait artificiel).

Le programme MASA

Le programme « Masa », un mot setswana qui signifie 'aurore' ou 'recommencement' démarre officiellement le 21 janvier 2002 et vise à fournir des médicaments antirétroviraux par l'intermédiaire du système public de santé. Le programme fonctionne sur la base d'un site auquel sont associés plusieurs sites satellites qui dispensent également les antirétroviraux.

Le protocole national de traitement antirétroviral⁴⁷⁴ dans le cadre du programme Masa

Selon les lignes directrices de l'OMS en 2006 le seuil recommandé pour commencer un traitement antirétroviral était la présence d'une maladie clinique avancée et/ou une numération des CD4 inférieure ou égale à 200 cellules/mm³. Etant donné les avancées sur les risques d'un traitement tardif et les bénéfices d'un traitement commencé tôt, ces recommandations ont été révisées par l'OMS en novembre 2009 afin de relever ce seuil à 350 cellules/mm³ et quelque soient les symptômes⁴⁷⁵. Le ministère de la santé botswanais a adopté ces nouvelles recommandations, qui sont effectives depuis avril 2012.

Au cours de mon enquête de terrain (2007-2008), les protocoles prescrits aux patients étaient les suivants :

En première intention: 2 INTI Combivir (Zidovudine et Lamivudine) et un INNTI Efavirenz (pour hommes et femmes après âge de procréer après ménopause) et Nevirapine (pour femmes en âge de procréer)

En deuxième ligne : 2 INTI Didanosine et Stavudine⁴⁷⁶ et un Inhibiteur de protéase (IP) : Nelfinavir / Lopinavir/ritonavir (Kaletra)

En troisième ligne : Ritonavir (RTV) et Saquinavir (SQV) (Nelfinavir remplacé par Ritonavir ou Saquinavir)

⁴⁷² « Weaving Knowledge with Commitment: The Botswana-Harvard Partnership for HIV Research and Education ». Voir aussi HAI Spotlight, 3 – 2, summer 2005.

⁴⁷³ Sur l'histoire politique de la Nevirapine et le médicament en Afrique du Sud voir Fassin 2007.

⁴⁷⁴ Handbook of the 2008 Botswana National HIV/AIDS Treatment, ministère de la Santé, mai 2008 et précédente version : voir Masa Update, vol 14, avril 2005.

⁴⁷⁵ « Nouvelles recommandations de l'OMS: Traitement antirétroviral de l'adulte et de l'adolescent » http://www.who.int/hiv/pub/arv/art_key_mess_fr.pdf consulté le 7/6/2012.

⁴⁷⁶ Depuis 2009, en raison d'effets secondaires sur le long terme, l'OMS recommande l'abandon progressif de la prescription de ce médicament pour les adultes et adolescents et une plus faible posologie lorsqu'il est administré aux enfants. Voir <http://utw.msfacecess.org/drugs>



Source ACHAP

Le programme a commencé dans les quatre principales villes : Gaborone, Francistown, Maun et Serowe puis s'est étendu à l'ensemble du pays. Le nombre de patients inscrits dans le programme augmente rapidement. En 2005, la proportion de 85% de personnes ayant besoin de traitements qui y accèdent est franchie.

En décembre 2011, 178 684 patients sont sous traitement et 185 963 ont besoin de traitement (300 à 350 000 personnes vivent avec le VIH au Botswana).

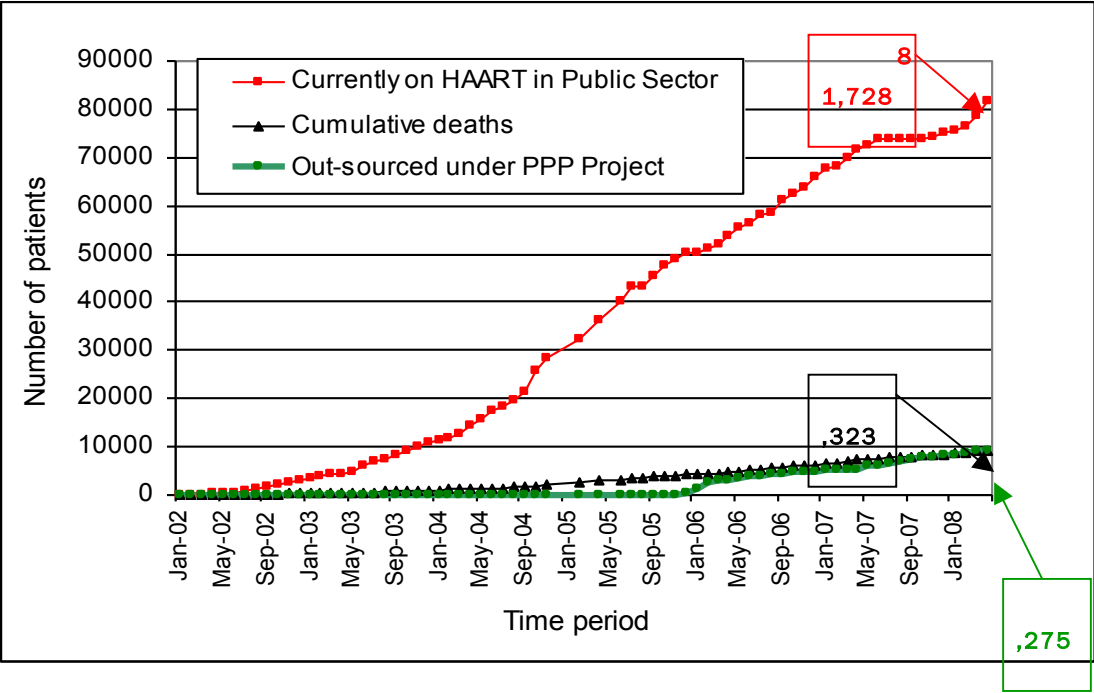
La surveillance biologique

Les CD4 sont des protéines de surface caractérisant certaines cellules comme les Lymphocytes T CD4+. Le VIH a une affinité particulière avec cette protéine qui agit comme récepteur au moment de pénétrer dans la cellule hôte. Le terme CD4 est employé pour mesurer la progression de la maladie. Plus le nombre de CD4 est bas plus la progression du VIH vers le sida est avérée.

La charge virale équivaut à la quantité de virus présent dans un échantillon de sang, elle est exprimée en nombre de copies d'ARN-VIH/ml ou en logarithmes (Log). La charge virale est utilisée pour suivre la progression de la maladie et l'efficacité des traitements.

Test de résistance. A l'hôpital Princess Marina dans la consultation pour les échecs thérapeutique, Dr Alma procède à des tests de résistance lorsqu'elle souhaite confirmer que l'échec du traitement est dû à un virus résistant. Cette technologie est très coûteuse et indisponible ailleurs en Afrique.

Nombre de patients sous HAART au Botswana en avril 2008



Private Sector -
9,514

Total on HAART in Botswana -
100,517

Chronologie indicative de l'accès aux ARV en Afrique

- 1987 La zidovudine (AZT), premier médicament antirétroviral, est mis sur le marché.
- 1992 La didanosine (DDI) est la deuxième molécule efficace contre le VIH.
- 1995 Mise au point des Inhibiteurs de protéase
- 1996 février : Congrès de Washington : Abbott et Merck annoncent des résultats spectaculaires de l'association entre leur inhibiteur de protéase et les deux autres molécules déjà utilisées.
- Juin : l'agence fédérale des États-Unis approuve le Viramune (nevirapine) comme la première d'une nouvelle classe de médicaments : les inhibiteurs non-nucléotidiques de la transcriptase inverse (INNTI)
- Introduction du test de la charge virale qui permet d'évaluer la progression de la maladie
- Conférence internationale sur le sida à Vancouver : Le traitement antirétroviral hautement actif, ou HAART, qui utilise un cocktail de médicaments antirétroviraux, est introduit
- En octobre, le gouvernement brésilien s'engage à fournir des ARV gratuitement à la fin de l'année
- Création du Botswana-Harvard Partnership
- 1997 Conférence sur le sida et les IST à Abidjan en décembre. Le président français J. Chirac, et le ministre de la santé Kouchner dénoncent les inégalités d'accès aux soins.
- 1998 Lancement de Drug Access Initiative (DAI) de l'Onusida en vue de parvenir à obtenir des médicaments à prix réduits pour les pays en développement avec trois compagnies. Cette initiative est limitée à l'Ouganda, la Côte d'Ivoire et le Chili : objectif évaluer la possibilité de mettre en œuvre des programmes d'accès aux trithérapies.
- Naissance de l'Initiative Sénégalaise d'accès aux ARV (ISAARV)
- 1999 Côte d'Ivoire : début de l'Initiative d'accès aux antirétroviraux
- Essai vaccinal en Ouganda
- 2000 Janvier : réunion du conseil de sécurité de l'ONU sur l'épidémie de VIH/sida qui est déclarée « problème de sécurité n°1 » en Afrique
- Mai : Lancement de l'Initiative Accélérer l'Accès (AAI) – partenariat entre cinq organisations du système des Nations Unies et six compagnies pharmaceutiques (BMS, Boehringer Ingelheim, Merck, GlaxoSmithKline, Roche puis Abbott) dont le but est de favoriser l'accessibilité financière des médicaments contre le VIH par la négociation de prix différenciés pour les pays en développement
- Juillet : Conférence internationale sur le sida de Durban
- 2001 Ouverture d'un centre régional de traitement pour les malades séropositifs à Kampala
- Janvier: Le Partenariat ACHAP entre le Gouvernement du Botswana, la Fondation Merck et la Fondation Bill & Melinda Gates débute ses activités avec l'élaboration et la mise en œuvre d'une stratégie globale contre le VIH/SIDA au Botswana, qui comprend l'accès à grande échelle aux traitements
- Le fabricant indien de médicaments génériques Cipla propose de fabriquer des médicaments pour Médecins Sans Frontières à moins de un dollar par jour et par patient.
- Avril : Les responsables africains dans la Déclaration d'Abuja sur le VIH/SIDA, la tuberculose et les autres maladies infectieuses associées, s'engagent à allouer 15% au moins de leurs budgets annuels à l'amélioration du secteur de la santé, et à mettre à disposition les ressources nécessaires pour améliorer la riposte multisectorielle globale à l'épidémie de VIH/SIDA.
- Juin 25-27 : Session Spéciale de l'Assemblée Générale des Nations Unies : 189 États membres signent une Déclaration d'Engagement sur le VIH/SIDA adoptée à l'unanimité par la Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies (UNGASS) sur le VIH/SIDA. L'accès aux médicaments antirétroviraux est spécifiquement reconnu par les gouvernements du monde comme un élément essentiel de la riposte à l'épidémie.
- Juin : premiers patients bénéficiant d'antirétroviraux à l'hôpital Princess Marina à Gaborone
- Juillet: Le Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme est créé. Initiative activement soutenue par le Secrétaire général des Nations Unies, Kofi Annan, le Fonds est un partenariat public-privé indépendant destiné à attirer, gérer et distribuer de nouvelles ressources pour lutter contre les crises mondiales que représentent ces trois maladies. Le Fonds finance des programmes complets contre le SIDA, comprenant les ARV.

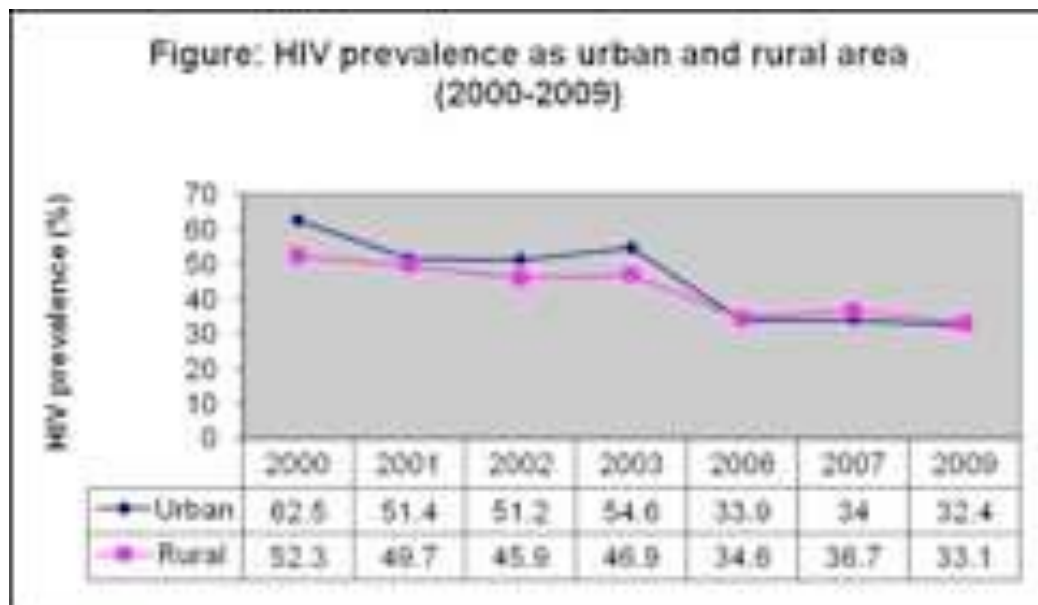
- Stephen Lewis nommé ambassadeur de l'ONU pour le sida en Afrique par Kofi Annan.
- Novembre : La Déclaration de Doha sur les ADPIC10 et la santé publique est adoptée par les membres de l'Organisation mondiale du Commerce, confirmant à nouveau le droit des gouvernements nationaux de passer outre les brevets, si nécessaire, afin de promouvoir l'accès aux médicaments pour tous.
- Rapport Onusida : 28,1 millions de personnes vivent avec le VIH en Afrique subsaharienne
- Décembre : 12^{ème} CISMA à Ouagadougou, Burkina Faso sur le thème « Accélérons l'accès aux soins », à ce moment, constat « 95% des malades sont au sud, 95% des médicaments sont au nord »
- 2002 21 Janvier : Début officiel du programme national de traitement ARV au Botswana
- Avril : L'OMS ajoute 12 antirétroviraux à sa « Liste modèle des médicaments essentiels ».
- Juillet : 14^{ème} conférence internationale sur le sida à Barcelone : l'OMS annonce son objectif qui est de placer 3 millions de personnes sous thérapie antirétrovirale dans les pays à faible et moyen revenus d'ici à 2005.
- 2003 Campagne « 3 by 5 » lancée par l'OMS pour le traitement de 3 millions de personnes dans les pays en développement en 2005.
- Baisses de prix des antirétroviraux (avec la concurrence des médicaments génériques)
- Juillet : La Déclaration de Maseru adoptée par les chefs d'État lors d'un Sommet de la Communauté de Développement de l'Afrique australe (SADC) sur le VIH/SIDA, tenu à Maseru, Lesotho, réaffirme l'engagement des gouvernements de la région à considérer la lutte contre l'épidémie comme une urgence à traiter par une action multisectorielle.
- Ouverture du centre d'excellence Baylor pour le traitement du VIH pédiatrique à Gaborone, financé par le programme Secure the Future de BMS.
- 2004 Lancement du Plan d'urgence du président américaine pour le sida « PEPFAR » (President's Emergency Plan for AIDS Relief)
- Janvier : accord Brésil compagnies pharmaceutiques pour réduire prix des médicaments d'un tiers
- Février : président Malawi Bakili Muluzi annonce la première politique de lutte contre le sida dans son pays
- Novembre : Début du plan d'accès aux ARV en Afrique du Sud
- Une étude montre que prévalence du VIH en Ouganda a baissé de 70% depuis le début des années 1990 (Pilcher in *Nature*, 2004)
- La Fondation Bill & Melinda Gates annonce une contribution de 50 millions de dollars au Fonds Mondial (total de ses contributions avoisinant 150 millions de dollars)
- 2005 US FDA approuve un médicament anti sida générique (compagnie US Barr Laboratories) et deux médicaments par compagnie pharmaceutique sud-africaine Aspen pharmacare. Ouvre la porte à une utilisation par PEPfar car avait dit se cantonner à la liste approuvée par FDA.
- PEPFAR annonce avoir dépassé ses objectifs en permettant à 235,000 personnes d'accéder aux traitements dans ses pays cibles. Le chiffre donné pour le Botswana est contesté par ses responsables de santé publique qui arguent que les milliers de personnes sous traitement ont en fait surtout bénéficié du financement fourni par le gouvernement botswanais (Timberg C. (2005) 'Botswana's Gains Against AIDS Put U.S. Claims to Test', Washington Post, July 1)
- 2006 Août : XVI^{ème} conférence internationale sur le sida à Toronto
- Plénière avec B. Gates et B. Clinton ; Discussions sur le dépistage
- Juin : Médicament tout en une prise approuvé pour la 1^{ère} fois pour la vente aux États-Unis (FDA) « Atripla », brevet par Gilead, BMS et Merck
- 2007 Le *Botswana-Harvard Partnership* (BHP) devient une "International Clinical Trials Unit" (ICTU) avec deux Clinical Research Sites (CRS) à Gaborone et à Molepolole et obtient un financement de 7 ans des National Institutes of Allergy and Infectious Diseases (NIAID)

Annexes

- 2008 Août : conférence internationale sur le sida de Mexico
- 2009 29-31 septembre : Conférence internationale *AIDS Impact* à Gaborone, Botswana
Reconduction du PEPFAR
- 2010 Conférence internationale sur le sida de Vienne
Reconduction Bill et Melinda Gates foundation, Merck, ACHAP jusqu'en 2014
En Zambie ancien président botswanais Festus Mogae appelle les leaders africains à ne pas criminaliser la prostitution ni l'homosexualité comme réponse au VIH
- 2011 Juin : réunion à New York pour les 10 ans de la session spéciale de l'assemblée générale de l'ONU sur le sida (UNGASS)
Juillet : Annonce résultats étude TasP
- 2012 6 millions de personnes sous traitement en Afrique subsaharienne selon l'ONUSIDA
Juillet : Conférence de l'IAS à Washington « AIDS 2012 »

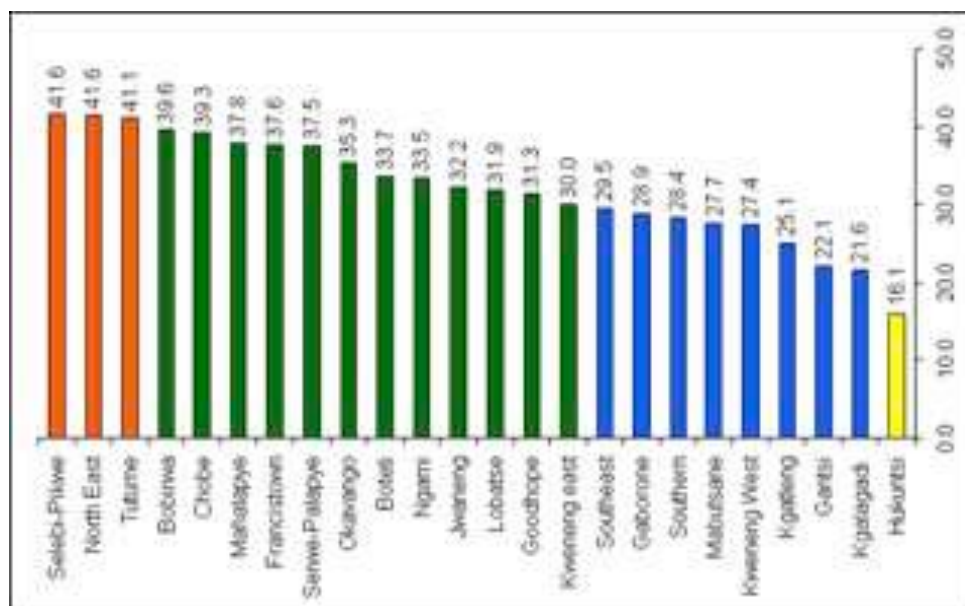
Epidémiologie du VIH/sida au Botswana

Prévalence du VIH chez les femmes enceintes (1992-2009) en zone urbaine/rurale.



Source : Botswana Sentinel Surveillance 2009, voir : <http://www.hiv.gov.bw/statistics.php>

Prévalence du VIH parmi les femmes enceintes âgées de 15 à 49 par district



Source : Botswana Sentinel Surveillance 2009, voir : <http://www.hiv.gov.bw/statistics.php>

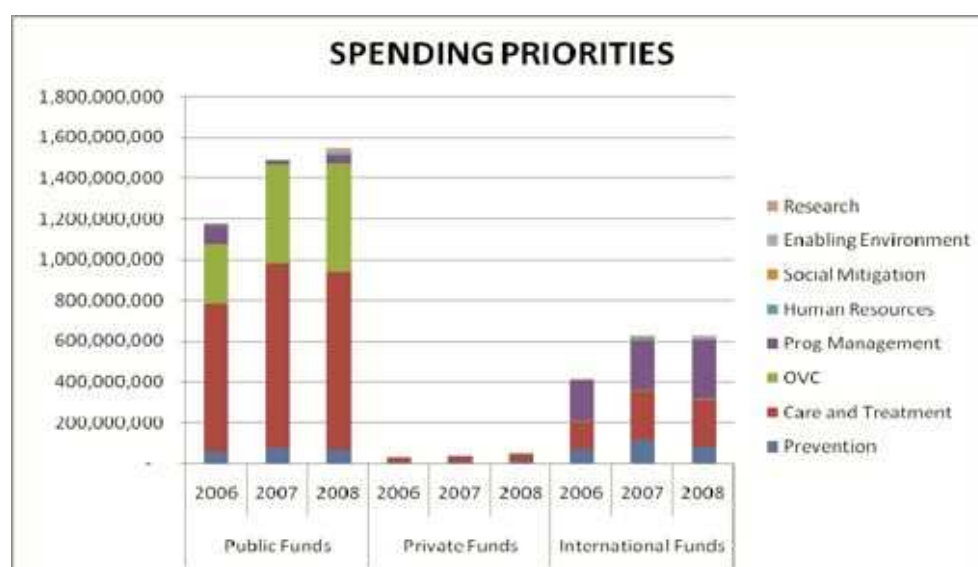
Financement de la lutte contre le sida

Fonds bilatéraux PEPFAR pour le Botswana (en millions de dollars US)

FY2004	FY2005	FY2006	FY2007	FY2008	FY2009	FY2010	FY2011	TOTAL FY2004-2011
\$24.3	\$51.6	\$54.9	\$76.2	\$93.2	\$95.1	\$87.0	\$84.4	\$556.8

Source : <http://www.pepfar.gov/countries/botswana/> (7/9/11)

Répartition des dépenses liées au sida selon l'origine du financement



Source: UNGASS Report 2010

Annexe IV – Illustrations, Photos

Page d'accueil du site Internet du gouvernement botswanais



Source : <http://www.gov.bw> (jusqu'au changement de charte graphique en 2010).



Page d'accueil du nouveau site Internet portail du gouvernement (2011)

Nouveau bandeau figurant sur le site <http://www.gov.bw/> consulté le 4/10/11.



Un bureau au ministère de la Santé

Septembre 2009 (avant l'élection du président Ian Khama)



Botswana Innovation Hub

Projet architectural proposé par équipe ShoP New York pour la construction du Botswana Innovation Hub.

L'hôpital Princess Marina



Une allée de l'hôpital



Vue du service de médecine interne

Source : photos prises par un médecin publiées à l'adresse:

<http://www.flickr.com/photos/mdorn/67642897/in/photostream/>



Le laboratoire Botswana-Harvard

Source: <http://www.hsph.harvard.edu/bhp/>

Affiches de prévention du VIH/sida

Prévention du VIH et prévention la consommation d'alcool



Photo prise en 2009 dans les couloirs du ministère de la santé.

Campagne de prévention du sida (NACA), Gaborone, novembre 2008



“A setswana saying goes... A man can't be confined into one Kraal... But he can spread HIV from one kraal to another”. Un proverbe Setswana dit: Un homme ne peut rester dans son enclos. Mais il peut répandre le VIH d'un enclos à un autre.



« How's in your sexual network ? »

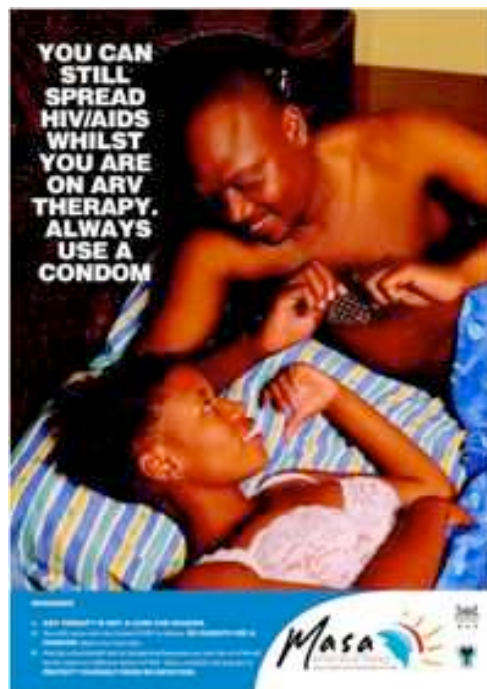
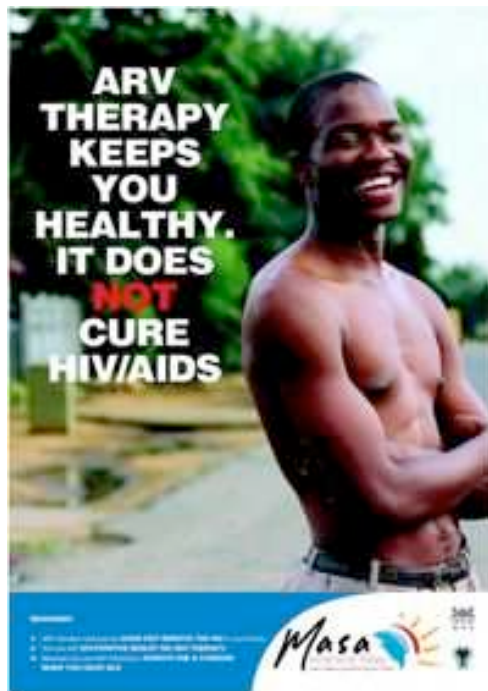
Affiche de prévention du programme de PTME

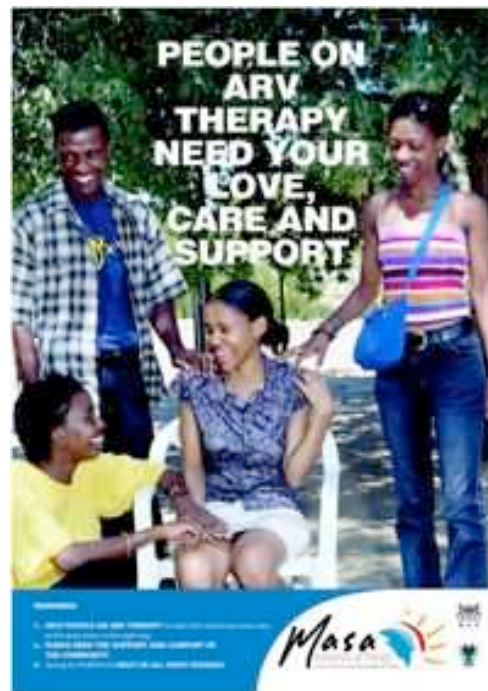


Prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant (photo prise en août 2004).

Campagne de communication du Programme Masa

(Agence de communication Horizon, 2004)







Panneau d'affichage à l'hôpital dans la salle d'attente des Urgences.

Information et appel au recrutement pour une étude de BHP sur la primo-infection, novembre 2008.



Plaquette d'information sur les symptômes des MST

Affichée dans la salle d'attente des Urgences et dans le couloir principal du centre de soin.

TABLE DES MATIÈRES

Résumé.....	7
Abstract.....	9
Remerciements.....	13
Sommaire	17
Cartes.....	18
Abréviations.....	21
INTRODUCTION GENERALE.....	23
L' « exception botswanaise »	24
La construction de l'exception botswanaise	27
Une aporie analytique	29
Contexte: l'accès aux médicaments antirétroviraux en Afrique	30
Problématique.....	32
État, citoyenneté et santé publique	33
Transformations des logiques de l'intervention internationale sur la santé en Afrique	37
Approches théoriques.....	41
Méthodologie.....	46
L'enquête ethnographique.....	46
Enjeux éthiques	48
Réflexivité et construction de l'objet.....	49
PREMIERE PARTIE : L'INSCRIPTION HISTORIQUE ET POLITIQUE DE LA LUTTE CONTRE LE SIDA.....	53
CHAPITRE 1 – POUVOIRS, NATION ET SANTE PUBLIQUE, DU 19E A LA FIN DU 20E SIECLE.....	57
Section 1. Pouvoirs et santé de la population du 19 ^e siècle jusqu'à l'indépendance (1966)	60
Le rôle des missionnaires dans la pénétration de la médecine occidentale.....	60
Le tournant épidémiologique et l'administration de la santé dans une « réserve de travail »: le Bechuanaland des années 1930	66
Les pouvoirs Tswanas face à la détérioration de la situation sanitaire	69
Section 2. Indépendance nationale, pouvoir bienfaisant et santé publique	71
Le couple Khama, protecteur de la nation	73
L'édification du système de santé dans l'État indépendant	76
Conclusion du chapitre 1.....	81

CHAPITRE 2 – L'ÉTAT BOTSWANAIS FACE AU VIH/SIDA JUSQU'EN 2000: DE L'IMPUISSANCE THERAPEUTIQUE A L'URGENCE NATIONALE83

Section 1. La progression du VIH/sida en Afrique (1980-1990): l'Afrique australe touchée tardivement mais de façon exponentielle.....	85
De l'Afrique équatoriale occidentale à l'Afrique centrale : Zaïre, Congo, Centrafrique	86
Vers l'Afrique orientale : Rwanda, Burundi, Ouganda, Kenya, Tanzanie	87
L'Afrique australe touchée : épicode mondial de l'épidémie	88
Les explications apportées à la rapidité de la propagation du VIH au Botswana	90
Section 2. D'une menace envers le « développement » à la déclaration d'urgence nationale: ajustements politiques et institutionnels face au sida dans les années 1990.	92
L'institutionnalisation de la lutte contre le sida	92
Le développement menacé	96
L'évaluation épidémiologique et démographique : une question politique sensible	101
Le VIH/sida comme urgence nationale et enjeu de sécurité internationale	104
Le volontarisme étatique botswanais	108
Conclusion du chapitre 2.....	113

CHAPITRE 3 – LA STRUCTURATION DE LA COOPERATION INTERNATIONALE POUR L'ACCES AUX MEDICAMENTS ANTIRETROVIRAUX AU BOTSWANA..... 115

Section 1. Le Botswana, bénéficiaire de la philanthropie pharmaceutique.....	116
Le rôle croissant des acteurs pharmaceutiques et philanthropiques sur le sida	117
Un acteur philanthropique en pleine ascension : la fondation Bill & Melinda Gates.....	120
Le partenariat public-privé pour la lutte contre le sida au Botswana : African Comprehensive HIV/AIDS Partnership (ACHAP).....	121
Section 2. La multi-polarisation limitée des mécanismes de coopération internationale face au sida	129
Le Plan d'Urgence du Président des États-Unis pour le sida (PEPFAR).....	129
Le Fonds mondial contre le sida, le paludisme et la tuberculose : un outil inadapté.....	131
Conclusion du chapitre 3.....	134
Conclusion de la première partie	137

DEUXIEME PARTIE : RECHERCHE BIOMEDICALE ET POLITIQUE DE SANTE PUBLIQUE FACE AU SIDA 139

Le VIH/sida, une histoire politique de la science.....	141
Sciences et sida en Afrique	143
Ethique biomédicale et accès aux soins dans les pays pauvres	144
De l'expérimentation à l'attraction	146

CHAPITRE 4 – RECHERCHE SCIENTIFIQUE ET ACCES AUX MEDICAMENTS ANTIRETROVIRAUX 151

Section 1 – De la recherche virologique à l'établissement des partenariats biomédicaux (1980-1990)	153
La « ruée » vers l'Afrique en quête d'une étiologie virale.....	153
Convoitises rétro-virologiques sur le continent africain	158
Section 2 – L'édification du laboratoire "Botswana-Harvard": une collaboration scellée (1999-2001).....	165

Table des matières

« Il faudrait que ce soit votre laboratoire »: vers une coopération en santé publique	166
“State-of-the-art research”: l'excellence au profit de l'accès aux traitements	169
Section 3 – Le rôle de la recherche clinique dans la mise en œuvre de l'accès aux antirétroviraux.....	172
L'étude Hope, un tournant dans l'accès aux ARV	172
L'implication des acteurs biomédicaux pour la généralisation des médicaments.....	174
Les enjeux scientifiques des programmes d'accès aux ARV	177
Conclusion du chapitre 4.....	180
 CHAPITRE 5 – L'ECONOMIE POLITIQUE DU TRAITEMENT DU SIDA: L'ATTRACTIVITE CONTEMPORAINE DU CONTINENT AFRICAIN	183
Section 1 – Tensions autour de la recherche sur le sida.....	187
Traiter le sida à Gaborone : un champ d'opportunités.....	187
Des opportunités de carrière dans (le champ de) la « santé globale »	190
Des inquiétudes tangibles	193
Section 2 – Recherche médicale et accès aux soins : une logique expérimentale?	199
La surveillance de nouveaux traitements dans le cadre de programme de santé publique.....	200
Densification et spécialisation de la recherche médicale en Afrique	201
Recherche médicale, santé publique et administration des populations.....	202
La valeur de la recherche sur le sida.....	204
Section 3 – L'Afrique dans la bio-économie: recherche biomédicale et développement économique.....	206
Innovation, développement, modernité.....	208
... dans le cadre de la bio-économie globale.....	213
L'attractivité comme modalité d'intervention et imaginaire du développement.....	215
Conclusion du chapitre 5.....	218
Conclusion de la deuxième partie.....	219
 TROISIEME PARTIE : MEDICAMENTS ET CITOYENNETE	221
 CHAPITRE 6 - L'ACCES AUX ANTIRETROVIRAUX A L'HOPITAL PRINCESS MARINA DE GABORONE	227
Section 1. L'hôpital Princess Marina: symbole de l'indépendance nationale, ravagé par le sida	230
Situation géographique et organisation de l'hôpital	230
Eléments d'histoire de l'hôpital.....	231
L'hôpital Princess Marina face à l'épidémie de sida	233
Description des sites d'étude	234
Section 2. La réaffirmation des contours de la communauté	237
Le resserrement des liens entre les membres	238
La définition d'une communauté morale	244
Conclusion du chapitre 6.....	250
 CHAPITRE 7 – LA PRISE EN CHARGE DES FEMMES A L'HOPITAL EN TEMPS DE SIDA	251
Section 1. La prise en charge des suites d'avortement à l'hôpital.....	253

Table des matières

Entre routines médicales et désapprobation morale	255
L'avortement en pratiques : pénalisation et rapports sociaux de genre.....	263
Section 2 – Le sida comme enjeu de reproduction sociale: « un enfant, pas deux »	271
La transmission mère enfant comme politique de santé publique	273
« Un ok, mais pas deux » ... pression sociale contre raison biomédicale	281
Conclusion du chapitre 7	284
CHAPITRE 8 – IMAGINATION NATIONALE ET SANTE PUBLIQUE.....	287
Section 1: Le sens de la politique de santé publique: un pouvoir bienfaisant, des tendances autoritaires.....	291
Le dépistage du VIH comme politique publique	291
Le sens politique de la décision : le pouvoir bienfaisant.....	297
Section 2 : La finalité de la politique de santé publique.....	301
« Nous ne prenons pas les étrangers » : les médicaments antirétroviraux pour les citoyens nationaux.....	303
« Nous sommes trop dépendants des étrangers » : citoyens et étrangers dans le système de santé publique.....	308
« L'on se sent plus épanoui lorsque l'on prend soin de son propre peuple » : le futur de la santé publique	312
Nationaux et étrangers : une frontière complexe. Le cas de la recherche au temps du sida.	316
Conclusion du chapitre 8.....	318
Conclusion de la troisième partie	321
CONCLUSION GENERALE	323
Prendre soin de sa population	325
« Prendre soin de » : pouvoir pastoral et État bienfaisant	325
« sa population » : citoyenneté et nationalisme sanitaire	326
Economie politique de l'intervention sur le sida	327
Ethnographie de l'État et sociologie des politiques de santé publique dans un contexte global.....	330
BIBLIOGRAPHIE	335
Ouvrages et articles:	335
Sources historiques.....	351
Rapports et documents officiels	351
Table des cartes, encadrés et photos	355
Liste des annexes	357
ANNEXES.....	359
ANNEXE I – ENQUETE DE TERRAIN	361
Enquête ethnographique: principaux sites et activités	363
Liste des enquêtes de terrain	364
Liste synthétique des entretiens.....	365
Éléments biographiques concernant les enquêtés	369

ANNEXE II – PERMIS DE RECHERCHE	375
Document 1: Loi sur la recherche anthropologique (octobre 1967).....	377
Document 2: Refus du comité d'éthique (mars 2006)	380
Document 3: Acceptation avec demande de révision (juin 2006).....	381
Document 4: Permis de recherche (juillet 2007)	382
Document 5: Permis de recherche de l'hôpital Princess Marina (janvier 2007)	383
Document 6: Permis de résidence (décembre 2006).....	384
 ANNEXE III – MEDICAMENTS ANTIRETROVIRAUX ET EPIDEMIOLOGIE	 385
La thérapie antirétrovirale	387
Cinq classes de médicaments.....	387
La Prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant (PTME).....	387
Le programme MASA	388
La surveillance biologique	389
Nombre de patients sous HAART au Botswana en avril 2008.....	390
Chronologie indicative de l'accès aux ARV en Afrique.....	391
Epidémiologie du VIH/sida au Botswana	394
Prévalence du VIH chez les femmes enceintes (1992-2009) en zone urbaine/rurale.	394
Prévalence du VIH parmi les femmes enceintes âgées de 15 à 49 par district	394
Financement de la lutte contre le sida	395
Fonds bilatéraux PEPFAR pour le Botswana (en millions de dollars US)	395
Répartition des dépenses liées au sida selon l'origine du financement	395
 ANNEXE IV – ILLUSTRATIONS, PHOTOS	 397
Page d'accueil du site Internet du gouvernement botswanais	399
Botswana Innovation Hub.....	400
L'hôpital Princess Marina	401
Le laboratoire Botswana-Harvard	402
Affiches de prévention du VIH/sida	403
Prévention du VIH et prévention la consommation d'alcool.....	403
Campagne de prévention du sida (NACA), Gaborone, novembre 2008.....	403
Affiche de prévention du programme de PTME	404
Campagne de communication du Programme Masa	405
Panneau d'affichage à l'hôpital dans la salle d'attente des Urgences.	407
Plaquette d'information sur les symptômes des MST	407
 TABLE DES MATIÈRES	 409

Prendre soin de sa population. Le sida au Botswana, entre politiques globales du médicament et pratiques locale de citoyenneté

Au début des années 2000 le Botswana est le pays du monde qui connaît le plus haut niveau de séroprévalence du VIH. Dans le même temps, sa politique d'accès aux médicaments est érigée en modèle de prise en charge de la maladie par les instances internationales. Produit d'une histoire dans laquelle le nationalisme et le paternalisme ont conduit à une forme originale de pouvoir pastoral, la politique de soin à l'égard des malades du sida est devenue le symbole de la bienfaisance de l'État. Cette politique a été rendue possible par le soutien de l'industrie pharmaceutique, de la recherche biomédicale états-unienne et des fondations philanthropiques convergeant vers un pays qui offre des opportunités et des garanties pour l'intervention biomédicale sur le sida. La politique d'accès aux soins est également inscrite au cœur d'une citoyenneté qui n'est pas seulement biologique, mais qui intègre une dimension politique fondée sur un double processus d'inclusion des nationaux et d'exclusion des étrangers. La thèse porte sur cette configuration à la fois unique pour sa situation historique et exemplaire pour la compréhension qu'elle permet des politiques contemporaines de santé publique en Afrique. La recherche a été réalisée à partir d'une ethnographie des pratiques de soin à l'hôpital Princess Marina à Gaborone, conjuguée à des entretiens avec des soignants, des patients et des responsables de santé publique et à une enquête sociohistorique des politiques de santé et des enjeux scientifiques. Une sociologie politique de la santé publique et de l'État au Botswana est ainsi proposée, entre dynamiques politiques de reconfiguration de la citoyenneté et une économie politique globale d'un continent marqué par son attractivité pour l'intervention biomédicale internationale.

Taking care of its population. AIDS in Botswana : global politics of drugs and local practices of citizenship

In the beginning of the 2000s Botswana was the country with the highest HIV prevalence in the world. At the same time, Botswana was touted as a model by international organisations for the fight against AIDS and access to free antiretroviral treatments. This doctoral research is based on ethnographic fieldwork at Princess Marina hospital in Gaborone and among patients, health care professionals and public health officers, throughout 2007 and 2009. Access to ARV is described as a set of care practices and public policies understood within a socio-political and historical framework. The fight against AIDS is the product of a particular form of nationalism, paternalism, and political benevolence from the State. By analysing national imagination and public health policies, this research demonstrates that free ARVs are conceived as an entitlement for citizens and administered through a process that redefines the boundaries of the national and moral community, characterised by tensions over power relations, gender and social inequalities and the exclusion of migrants. Besides, the politics of AIDS is also described as the outcome of international biomedical research and pharmaceutical philanthropy. Indeed, this research shows that access to free medication was made possible through the constitution of Botswana as an attractive site for international biomedical research and analyses the tensions that arise thereof. In short, this dissertation is a sociological research of contemporary public health and international medical cooperation in Africa.